WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XI WARSZAWA, GRUDZIEŃ 1937 R. NUMER XII

P R A C E   O R Y G I N A L N E

Z Kliniki Dermatologicznej Uniw. J. Piłsudskiego.
Kierownik prof. M. Grzybowski.

W SPRAWIE KLINIKI I LECZENIA PRZEWLEKŁEGO LISZAJA RUMIENIOWATEGO (LUPUS ERYTHEMATOSUS)

podała

DR MARIA ZOFIA JASTRZĘBSKA.

Niemal równocześnie z wyodrębnieniem i opisaniem liszaja rumieniowatego (lupus erythematosus) przez Cazenave (1881) rozpoczyna się spór o gruźliczą etiologię tego schorzenia. Pierwszy kieruje myśl w kierunku gruźlicy Besnier, za nim inni popierają to przypuszczenie, które początkowo opiera się głównie na obciążających wywiadach osobistych i rodzinnych, potem na dalszych spostrzeżeniach przypadków, które często kończyły się zejściem śmiertelnym z powodu gruźlicy innych narządów, głównie płuc. W kilkanaście lat później Darier zalicza liszaj rumieniowaty do tuberkulidów, które określa, jako grupę gruźliczych schorzeń skóry, nie mających charakterystycznego dla gruźlicy utkania, bez skłonności do serowacenia, a których zapalne zmiany nie wykazują cech swoistych. W r. 1903 Pautrier zalicza to schorzenie do grupy nietypowej gruźlicy skóry i uważa tę postać za stojącą najniżej wśród schorzeń gruźlicy skóry pod względem zjadliwości procesu chorobowego. Powyższe zapatrywania mają jednak licznych przeciwników; szkoła niemiecka, angielska, także i Brocq obok etiologii gruźliczej przypuszczają możliwość i innej, i do dzisiaj mają licznych zwolenników.

Schorzenie to w krajach południowych nader rzadkie—spotyka się w krajach północnych częściej. Jego rozprzestrzenienie nie zdaje się iść równolegle z toczniem pospolitym (lupus vulgaris); w krajach skandynawskich, Anglii, północnych Niemczech i Francji, w Rosji spotyka się je dość często. W Polsce liszaj rumieniowaty stanowi liczbę dość pokaźną. W Klinice Dermatologicznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego zestawienie schorzeń skórnych z ostatnich 7-miu lat wykazuje około ½% przypadków liszaja rumieniowatego. Od początku r. 1930 zgłosiło się do kliniki około 170 przypadków tego schorzenia. Z liczby tej tylko 60 przypadków pozostaje w systematycznym leczeniu i na tej ilości przypadków opieram moje spostrzeżenie. Pozostali chorzy już to z obserwacji zaginęli, już to przeważnie zamiejscowi — otrzymawszy wskazówki co do sposobu leczenia, leczyli się na prowincji a ich spostrzeganie przeze mnie było nieregularne i często niedostateczne.

Liszaj rumieniowaty jest schorzeniem wieku dojrzałego, częstszy u kobiet, niż u mężczyzn. Rzadko zdarza się u dzieci, a wystąpienie jego po raz pierwszy u starców należy do wyjątków. Wśród spostrze-

ganych przeze mnie przypadków było 51 kobiet i 9-ciu mężczyzn. Wiek, w którym wystąpiło schorzenie wahał się w szerokich granicach, od 5-ciu do 62-ch lat, największa jednak ilość, bo 85% moich przypadków, przypadała na okres pomiędzy 20-tym a 40-tym rokiem życia.

Schorzenie polega na szeregu zmian, z których najważniejsze — pierwsze i stale występujące są zmiany naczyniowo-zapalne. Rumieniowy charakter wykwitu wybija się na plan pierwszy. Rumień zapalny jest stałym, a niekiedy jedynym, objawem tego schorzenia i wykazuje od początku niektóre cechy bardzo znamienne. Dokładne jego i ostre odgraniczenie od zdrowej, otaczającej go skóry, jest cechą dla liszaja rumieniowatego bardzo charakterystyczną. Jeżeli nawet tu i ówdzie, na małej powierzchni, granica ta jest niewyraźna, zatarta, to jednak przeważnie daje się ona ściśle określić tak, że obrysowanie granic wykwitu nie sprawiałoby wielkich trudności. Rumień bywa najczęściej nieznacznie wyniosły, zwłaszcza jego brzegi są wyraźnie wyższe od jakby zapadniętej części środkowej, co tymbardziej czyni go ściśle od otoczenia odgraniczonym. Nieliczne drobne rozszerzenia naczyń włosowatych mogą być w obrębie rumienia widoczne. Powierzchnia jego może być gładka i schorzenie może polegać wyłącznie na opisanych zmianach naczyniowych, zwykle jednak tylko bardzo małe wykwity i tylko w początkowym swoim okresie zachowują tę gładką powierzchnię, w krótkim czasie do zmian naczyniowych dołączają się zmiany naskórkowe. Już bardzo wcześnie, nawet w okresie, gdy jeszcze klinicznie zmiany naskórkowe mało lub prawie wcale nie są widoczne, rozpoczyna się w obrębie wykwitu nadmierne rogowacenie. Zanim jednak rogowacenie to dojdzie do tego stopnia, aby można je było spostrzec, już wcześniej można je wyczuć. Przesuwając delikatnie opuszką palca po wykwicie, wyczuwamy charakterystyczną szorstkość, przypominającą papier szmerglowy. Ta szorstkość wykwitu, na którym zmian naskórkowych jeszcze nie dostrzegamy, i jego wyraźne zarysy pozwalają bardzo wcześnie należycie rozpoznać schorzenie. Wkrótce potem rumień pokrywa się, jakby napwół przejrzystą szaro-brunatną zasłoną, złożoną z bardzo drobnych łuszczek, która stopniowo grubieje i może wytworzyć nawet bardzo grube, popękane masy zrogowaciałego naskórka. To nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis) występuje zwykle razem z nieprawidłowym rogowaceniem (parakeratosis) i dlatego obok mas zrogowaciałego naskórka mogą pojawić się na wykwicie łuski cieńsze, białawe, nie tak silnie przylegające, jak opisane zrogowaciałe masy. Nadmierne rogowacenie nie zawsze przybiera opisaną postać rozlaną może się ono rozpocząć w ujściach mieszków włosowych a wtenczas widać w obrębie rumienia szaro-brunatne, silnie przylegające ziarenka, jakby wągry, po których usunięciu widać zagłębienia rozszerzonych lejków. Dwa te rodzaje nadmiernego rogowacenia najczęściej występują razem *(fot. nr)* a ponieważ rogowacenie rozlane spotykamy w wykwitach o wyraźnym nasileniu zmian zapalnych, rogowacenie zaś ujść mieszków w wykwitach, w których rumień jest mniej nasilony, przeto zwykle rozlane rogowacenie na powierzchni wykwitu stopniowo wikła się rogowaceniem w ujściach mieszków, a w miarę ustępowania zmian zapalnych czopy rogowe są coraz wyraźniejsze, utrzymują się długo, niekiedy nawet kilka miesięcy po całkowitym ustąpieniu innych objawów tego schorzenia, usunięte zaś znowu w tych samych miejscach się tworzą *(fot. nr 7 i 15)*.

Naciek nie jest stałym objawem klinicznym liszaja rumieniowatego. Może być tak nieznaczny, że nie wyczuwa się lub może powodować zaledwie wyczuwalne stwardnienie wykwitu. Może być wyraźny, głęboko sięgający i uwypuklający wykwit, który zwykle największą wyniosłość wykazuje na obwodzie, w części zaś środkowej jest nieco zapadnięty. W wykwitach całkiem wykształconych spostrzegamy prawie zawsze charakterystyczne drobne, podłużne blizenki. Są one tak nikłe niekiedy i tak niewyraźne, że patrząc na wykwit domyślamy się raczej ich istnienia, po szczelinowatym zapadnięciu nacieczonej twardszej tarczki lub tylko po obecności zmarszczki, która tworzy się w obrębie nacieczonego rumienia. Dopiero rozciągnąwszy wykwit widzimy zapadniętą jaśniejszą, niekiedy białawą, drobną smugę lub małe ognisko, wygładzone, bliznowate, zanikłe. Wystąpienie blizn i zaników bynajmniej nie wróży rychłego cofnięcia się wykwitu. Schorzenie jest wtenczas zwykle w pełni rozwoju i może się dalej

szerzyć. Obecność blizn świadczy jedynie o znacznej ilości nacieku, który niszczy przydatki skóry, włókna kolagenu i elastyczne; po wchłonieniu tak dużych nacieków następuje zastępczy przerost tkanki łącznej.

Podział przypadków liszaja rumieniowatego przeprowadzono na podstawie przebiegu klinicznego tego schorzenia. Wyróżnienie postaci uogólnionej ostrej od ograniczonej przewlekłej znajduje uzasadnienie w całkowicie odmiennym przebiegu klinicznym tych dwóch postaci. Postać uogólniona *(lupus erythematosus acutus)* jest schorzeniem nadzwyczaj rzadkim, ciężkim, prowadzi w krótkim czasie do zejścia śmiertelnego. Postać ograniczona przewlekła *(lupus erythematosus chronicus)*, którą zajmuję się w niniejszej pracy, jest schorzeniem wybitnie przewlekłym, umiejscowionym zawsze na głowie a niekiedy tylko równocześnie i na odsiebnych częściach kończyn górnych, nigdy nie bywa przyczyną zgonu. Istnieją jednak spostrzeżenia, które przemawiają przeciwko temu — tak, zdawałoby się, uzasadnionemu podziałowi. Wspomnę tu o przypadku spostrzeganym przezemnie, w którym 2 lata utrzymywały się typowe wykwity liszaja rumieniowatego wyłącznie na twarzy, poczem nagle schorzenie uległo zaostrzeniu, uogólniło się i w kilka tygodni doprowadziło do zejścia śmiertelnego. Jeżeli można znaleźć przypadek, który przebiegiem swoim świadczy przeciw możności ścisłego odgraniczenia postaci uogólnionej od ograniczonej, tym łatwiej i tym większą można przytoczyć ilość przypadków, stanowiących przejście pomiędzy powszechnie wyróżnianą pełzającą odmianą liszaja ograniczonego *(erythema centrifugum)* a krążkową lub stałą *(discoides fixe)* odmianą liszaja ograniczonego.

Postać pełzającą charakteryzuje występowanie umiarowe rumieni ściśle odgraniczonych, mniej lub więcej nacieczonych, w części środkowej zwykle ustępujących zapadniętych. W tej postaci liszaja rumieniowatego bardzo często brak jest całkowicie zmian naskórkowych.

Nadmierne rogowacenie, jeżeli występuje, jest słabo zaznaczone; nieznaczne łuszczenie na powierzchni jest często jedynym objawem naskórkowym tej odmiany. Jeżeli rumień ma odcień sinawy, bywa rozpoznawany, jako *chilblain lupus* Hutchinsona, a Darier takie postaci uważa za stojące blisko odmrozin, przy czym zwraca uwagę, że brak jakichkolwiek guziczkowatych nacieków, któreby wyraźniej wystąpiły pod diaskopem, obecność nadmiernego rogowacenia i skłonność do ustępowania w części środkowej nie pozwalają uważać tej odmiany, jak to niektórzy robią (Besnier), za toczeń odmrozinowy *(lupus pernio)*, schorzenie, stojące tak pod względem klinicznym, jak i utkania, blisko sarkoidu Boecka. Pełzająca postać liszaja rumieniowatego ma znaczną skłonność do nawrotów. Wykwity, które są mnogie, mniej więcej umiarowe, różnej wielkości, kształtem okrągłe lub owalne, zjawiają się nagle na nosie i policzkach, często na wiosnę lub w jesieni — utrzymują się kilka do kilkunastu miesięcy, po czym mogą samoistnie ustąpić, aby po pewnym czasie, często w tej samej porze roku, znowu się pojawić. Ta postać rzadko zajmuje owłosioną skórę głowy, nigdy nie występuje na śluzówkach, wykazuje natomiast większą od postaci następnej skłonność do zajmowania grzbietowych i bocznych powierzchni palców rąk i dłoni w okolicy stawów śródręcza. Stopień nacieczenia tej postaci może być rozmaity, od małego, klinicznie niewyczuwalnego, do dużego jednolitego nacieku, sięgającego w głąb skóry właściwej aż do tkanki tłuszczowej. W tej postaci odróżnia się następujące odmiany: a) różyczkową o znacznej ilości rozszerzonych naczyń włosowatych i rozszerzonych ujść mieszków włosowych, b) łojotokową z umiejscowieniem w okolicy rowków nosowo-policzkowych, c) punkcikową o bardzo licznych drobnych wykwitach, d) głęboko nacieczoną.

Postać krążkowa czyli stała *(discoides. fixe)* może nie być postacią umiarową, wykwit jest najczęściej pojedyńczy lub w ilości 2 — 3, nigdy nie występuje w postaci wykwitów bardziej licznych. Rumień pokrywa się wyraźną warstwą nadmiernie zrogowaciałego naskórka, czopami rogowymi i łuskami, w części środkowej jest zapadnięty *(fot. nr 2)*. Zwykle znacznych rozmiarów naciek powoduje wyraźne stwardnienie wykwitu, a, co za tym idzie częściej niż w poprzedniej postaci występują bliznowate zaniki i podłużne blizenki. Ta postać rozwija się bardzo po-

woli, utrzymuje się lata całe i nie ma żadnej skłonności do samoistnego ustępowania. Wykwit występuje najczęściej na nosie; policzki, małżowiny uszne, owłosiona skóra głowy, czerwień wargi (głównie dolnej), czoło, śluzówka jamy ustnej, odsiebne części kończyn górnych—oto kolejność, w jakiej coraz rzadziej spotyka się wykwity tej postaci liszaja rumieniowatego, w razie wystąpienia 2 lub 3 wykwitów umiejscowienie może być różne. I w tej postaci wyróżnia się szereg odmian: a) obrączkowa, b) o dużym odczynie zapalnym, *lupus erythematosus follicularis* (B e s n i e r) c) głęboka: *lupus erythem. profundus*. Ta ostatnia postać stoi blisko opisanego przez B r o c q a tocznia gruźliczego, w którym gruzełki otaczają się chrząstkowatym naciekiem głębokim, utrudniającym do nich dostęp i ich zniszczenie. Z drugiej strony szereg autorów wskazuje na podobieństwo głębokich postaci liszaja rumieniowatego krążkowego do tocznia pospolitego i opisuje (L e n g l e t) to schorzenie w rozdziale o liszaju rumieniowatym. Według P a u t r i e r odgraniczenia tych odmian tocznia pospolitego i liszaja rumieniowatego należy dokonać na podstawie drobnowidowego badania utkania. Zagłębiając się w literaturę liszaja rumieniowatego, znajdujemy postacie: brodawkowatą, o rozszerzonych naczyniach włosowatych przypominającą angiokerotoma M i l b e l l i i wbrew zapatrywaniom D a r i e r a, przypominającą przez rozmiary nacieku *lupus pernio*, wkońcu zbliżoną do *erythema exsudativum multiforme*. Opisano również przypadki (P a u t r i e r), w których, obok typowych wykwitów liszaja rumieniowatego na twarzy istniały na kończynach górnych inne, przypominające równocześnie kilka opisanych wyżej odmian. Jeżeli, jak wynika z powyższego mogą zajść niekiedy trudności w oddzieleniu liszaja rumieniowatego od innych schorzeń n. p. tocznia pospolitego, tocznia odmrozinowego, sarkoidu B o e c k 'a itd., to tym bardziej zrozumiałym jest, że wśród przypadków ograniczonego liszaja rumieniowatego wyróżnienie postaci pełzającej. od krążkowej, stałej może napotykać na duże trudności i pewna ilość przypadków tak pod względem wyglądu klinicznego, jak i przebiegu, stanowi postaci przejściowe.

Ze względu na umiejscowienie wygląd wykwitu może być nieco odmienny i może powodować pewne trudności w rozpoznaniu go. I tak należy podnieść, że długotrwały przebieg tego schorzenia na nosie i małżowinach usznych, a więc w miejscach, gdzie brak jest podściółki tłuszczowej, może w następstwie bliznowatych zaników doprowadzić do zniekształcenia tych narządów, do ich zcieńczenia i zaostrzenia ich zarysów, nigdy jednak nie następuje zniszczenie tkanki głębszej, chrzęstnej, co jest w toczniu pospolitym bardzo częste.

Na głowie owłosionej rozpoznanie liszaja rumieniowatego może napotkać na szereg trudności; należy pamiętać, że wykwity tego schorzenia występują na głowie owłosionej najczęściej u kobiet w wieku dojrzałym, są całkowicie lub prawie całkowicie pozbawione włosów, kształt ich nie jest bardzo regularny, pokryte są łuskami. Stwierdzenie rozszerzonych ujść mieszków włosowych, w których tkwi niekiedy czop rogowy, ułatwia rozpoznanie. Schorzenie to na owłosionej skórze głowy kończy się wytworzeniem blizny a więc wyłysieniem trwałym, spostrzegając jednak takie ogniska czas dłuższy, widzimy po szeregu lat ich bujniejsze nieco zarastanie włosami. I tutaj — tak, jak na skórze nieowłosionej nie wszystkie wykwity mają jednakową skłonność do tworzenia blizn, co więcej w obrębie jednego wykwitu nie wszędzie naciek cofa się z pozostawieniem blizny i dlatego część włosów może odrośnąć, a w wyniku ostatecznym pozostaje nieregularne przerzedzenie włosów.

Na kończynach górnych wykwity występują zawsze łącznie z wykwitami na twarzy zajmują grzbietowe i boczne powierzchnie palców, i grzbietowe powierzchnie dłoni głównie u nasady palców, tworzą ogniska przeważnie drobne, okrągłe lub owalne, w postaci wyraźnie ograniczonych rumieni, mniej lub więcej nacieczonych, pokrytych łuskami. Nadmierne rogowacenie bywa tu bardzo słabo zaznaczone lub wcale nie daje się spostrzedz. Wykwity na rękach często przybierają odcień sinawy, typowy dla *chilblain lupus*, i jak wspomniałam, przez niektórych autorów dwie te nazwy uważane są za synonimy.

Przypadki przewlekłego liszaja rumie-

niowatego, w których opisywano zmiany na tułowiu, stopach, paznogciach itd., nie są pewne co do ich należytego rozpoznania i dlatego nie mogą być brane pod uwagę.

Śluzówki prawie nigdy nie bywają zajęte w postaci pełzającej, umiarowej liszaja rumieniowatego, a dosyć rzadko w postaci stałej krążkowej, zwykle z równocześnie występującymi wykwitami na twarzy. Odosobnione wykwity czerwieni warg są częstsze, przy czym prawie zawsze zajęta jest warga dolna. Drugie co do częstości umiejscowienia stanowi wewnętrzna powierzchnia policzków, potem podniebienie i język. Czerwień wargi traci swą gładkość, łuszczy się, jest jakby wysuszona i dość często w następstwie pękania pokrywa się strupami. Istnieją niekiedy trudności w odróżnieniu tych zmian od banalnych zmian zapalnych. Wątpliwości tych nie rozstrzygnie czas trwania schorzenia, gdyż nawet banalne zmiany zapalne czerwieni warg są także bardzo przewlekłe i dopiero pojawienie się wyraźnego rumieniowatego obrzeża, nieco wyniosłego, które najłatwiej można zauważyć w tej części wykwitu, która zbliża się do skóry, wkońcu nadzwyczajna oporność tych zmian na leczenie miejscowe pozwala, niekiedy po szeregu tygodni, należycie rozpoznać to schorzenie. Na śluzówce policzków wykwity tworzą białawe plamy z rumieniowatym rąbkiem w otoczeniu, które w początkowym okresie mogą być rozpoznane jako liszaj płaski lub leukoplazje. Należyte rozpoznanie tych zmian ułatwia obecność wykwitów liszaja rumieniowatego na twarzy. W okresie późniejszym śluzówka jest nierówna, miejscami wyraźnie zbliznowaciała, tu i ówdzie wykazuje obecność przerosłych, łącznotkankowych smug, dając obraz bardzo charakterystyczny.

Przewlekły liszaj rumieniowaty naogół sprawia bardzo nieznaczne dolegliwości podmiotowe. Jest to schorzenie przede wszystkim bardzo szpecące chorego i ten czynnik wysuwany bywa zawsze na pierwszy plan. Nieznaczne pieczenie, czy palenie, które powodują wykwity, i mała tylko tkliwość na dotyk zwykle są przez chorych lekceważone. Schorzenie to nie wywołuje prawie żadnych objawów ogólnych. Stany podgorączkowe i to nie stale utrzymujące się są jedynym z objawów ogólnych, które łączy się z tym schorzeniem.

Powikłania w przebiegu tego schorzenia nie wymagają szczególnej uwagi. Brak skłonności do rozpadu wykwitów w małym tylko stopniu naraża chorego na wtórne zakażenia. Zwyrodnienia nowotworowe wykwitów są bardzo rzadkie, należy je uważać raczej za zbieg okoliczności, niż za następstwo tego schorzenia, a zestawienia przypadków przewlekłego liszaja rumieniowatego, w których nastąpiło zwyrodnienie nowotworowe, wykazują, że uprzednio stosowane leczenie promieniami X i radem były czynnikami usposabiającymi. Niewielkie obrzmienie najbliższych gruczołów chłonnych stwierdza się tylko wyjątkowo, a pochodzenie tego powikłania nie jest dotychczas dostatecznie wyjaśnione. Z dużym zainteresowaniem należy natomiast podnieść fakt częstego łączenia się liszaja rumieniowatego z różnymi postaciami gruźlicy skóry, jak gruźlica zgorzelinowo-guzkowa, liszajowata, stwardniała (B a z i n)

Przebieg schorzenia zależy od typu wykwitów, a poniekąd także od pory roku. Najbardziej kapryśny przebieg ma postać pełzająca. Niekiedy ustępuje ona samoistnie, szybko, prawie bez śladu, lecz bardzo często daje nawroty, nawet, gdy pierwsze wykwity jeszcze nie ustąpiły. Nawroty w tej odmianie zależne są czasem od pory roku, nie zawsze stanowią ten sam typ. Wykwity, występujące po raz pierwszy w postaci mało nacieczonych, umiarowych, mnogich rumieni, które wkrótce ustąpiły bez śladu, mogą dać nawrót w postaci wykwitów nielicznych, głęboko nacieczonych, uporczywych, pozostawiających wyraźne blizny. To spostrzeżenie przeczy możliwości przeprowadzenia ścisłego odgraniczenia postaci pełzających od stałych. Przebieg schorzenia o wykwitach stałych krążkowych można poniekąd naprzód określić. Ta postać rozwija się powoli, nie ma skłonności do samoistnego ustępowania, częściej pozostawia blizny. Nawroty są i tu bardzo częste, uzależnione niekiedy od naświetlania twarzy światłem słonecznym, umiejscowione w najbliższym sąsiedztwie wykwitu pierwszego lub w tym samym miejscu, co wykwit pierwszy. Chociaż po pierwszym wykwicie pojedyńczym zjawia się czasem nawrót o dwóch lub trzech wykwitach, to jednak typ wykwitu bywa zawsze ten sam.

Przypadki, które pozostawały w moim

spostrzeganiu i leczeniu trudnoby mi było podzielić na dwie wyżej opisane grupy przewlekłego liszaja rumieniowatego. Były to przeważnie przypadki długotrwałe. Najdłuższy czas trwania schorzenia wynosił 20 lat, najkrótszy 3 miesiące, największa jednak ilość przypadków wykazywała 2 lata, utrzymujące się wykwity. W 28-miu przypadkach wykwit był pojedyńczy, umiejscowiony przeważnie na nosie i te przypadki należały niewątpliwie do grupy wykwitów krążkowych, stałych; w 14-tu przypadkach wykwity tworzyły charakterystyczny kształt motyla na twarzy, z tych niektóre przez słabo zaznaczone zmiany naskórkowe przypominały postać rumieniowo-pełzającą; 2 razy cała twarz usiana była drobnymi, nieregularnymi wykwitami, te były niewątpliwie postacią pełzającą; 3 razy zajęta była czerwień wargi dolnej, z tego dwa przypadki nie wykazywały żadnych innych wykwitów; 4 razy zajęta była owłosiona skóra głowy, zawsze łącznie z twarzą, raz czoło, 2 razy twarz i ręce, 3 razy małżowiny uszne łącznie z twarzą, 2 razy umiejscowienie było rozmaite i dość liczne wykwity zajmowały prócz rąk wszystkie równocześnie wymienione okolice, w jednym przypadku także śluzówkę lewego policzka.

Na podstawie wywiadów stwierdzono w 15-tu przypadkach rodzinne obciążenie gruźlicze. Czynne gruźlicze zmiany płuc stwierdzono w 9-ciu przypadkach. Wśród spostrzeganych przezemnie przypadków ilość obciążonych gruźlicą jest mniejsza niż w innych zestawieniach, dotyczących liszaja rumieniowatego. Boeck n. p. stwierdził u dotkniętych tym schorzeniem w 66% przypadków gruźlicę narządów wewnętrznych i w 83% gruźlicę w rodzinach tych chorych. Inne zestawienia wykazują nieco mniejsze obciążenie gruźlicze. Jeżeli jednak te, nawet w porównaniu z innymi — małe odsetki obciążonych gruźlicą wśród spostrzeganych przeze mnie przypadków liszaja rumieniowatego (25% obciążenia lisz. rum.) porównamy z obciążeniem gruźliczym wśród innych schorzeń skórnych, to przekonamy się, że obciążenie to w przypadkach liszaja rumieniowatego jest dosyć znaczne. Nie mogę tu pominąć milczeniem, że dwie ze spostrzeganych przezemnie chorych pochodziły z jednej rodziny w dużym stopniu obciążonej gruźlicą. Były to matka i córka, obie z bardzo rozległymi wykwitami liszaja rumieniowatego, u córki ponadto istniała gruźlica zgorzelinowo-grudkowa. W tej samej rodzinie jeszcze jedna córka cierpiała również na liszaj rumieniowaty na owłosionej skórze głowy, syn zaś tej ostatniej na gruźlicę kości.

Współistnienie gruźliczych zmian na skórze było dosyć częste; w 3 przypadkach istniały typowe wykwity gruźlicy zgorzelinowo-grudkowej, rozsiane na kończynach; w 2-ch, wśród licznych wykwitów liszaja rumieniowatego na twarzy, niektóre były typowe, z drobnymi, zanikowymi blizenkami, o powierzchownym nacieku, inne głębiej nacieczone, pozostawiające wyraźne głębokie blizny, odpowiadały klinicznie i pod względem utkania sarkoidom Boecka, których etiologia przypuszczalnie też jest gruźlicza. W jednym przypadku nawrót schorzenia był zbliżony swoim typem do sarkoidu B. W jednym przypadku istniały równocześnie wykwity liszaja rumieniowatego, sarkoidu B. i gruźlicy zgorzelinowo-guzkowej. Ogólna ilość przypadków powikłanych gruźliczymi lub przypuszczalnie gruźliczymi zmianami skóry wynosiła przeszło 10%, co jest w zgodzie z innymi zestawieniami, z których wynika, że najczęściej liszaj rumieniowy łączy się z gruźlicą zgorzelino-wo-grudkową; na drugim miejscu, jako schorzenie towarzyszące, należy postawić gruźlicę liszajowatą i stwardniałą; stosunkowo rzadko współistnieje toczeń pospolity.

Roentgenogramy kośca, wykonane w 10-ciu przypadkach nie wykazały zmian chorobowych.

Budowa drobnowidowa wykwitów odpowiada ich rozwojowi klinicznemu, zmiany naczyniowe pojawiają się, jako pierwsze, polegają na rozszerzeniu naczyń włosowatych skóry, równocześnie i pętli w brodawkach, za tymi zmianami następuje lekki obrzęk warstwy brodawkowej. Naciek zjawia się pod warstwą brodawkową, w otoczeniu naczyń. W tym okresie naskórek może wykazywać nieznaczne, nieprawidłowe rogowacenie i nagromadzenie mas zrogowaciałych w ujściach mieszków lub gruczołów łojowych. Kolagen i włókna elastyczne jeszcze nie są zmienione i w tym okresie cofnięcie się wykwitu może nastąpić bez pozostawienia blizny. Jeżeli proces chorobowy dąży w kierunku wy-

tworzenia postaci krążkowej, naskórek znacznie uszkodzony w swojej żywotności, dochodzi stopniowo do stanu tak zwanego zrogowaciałego zaniku; jego warstwa żywa zanika, warstwa zaś zrogowaciała przerasta i wysyła w głąb naskórka czopy, które znajdujemy w naturalnych zagłębieniach naskórka ale i niezależnie od tych zagłębień. W miarę postępu wykwitów zjawiają się zaniki. Naciek, początkowo tuż pod warstwą brodawkową, posuwa się głębiej i grupuje w otoczeniu naczyń i gruczołów, złożony jest przeważnie z komórek tkanki łącznej i drobnych limfocytów, niszczy kolagen i włókna elastyczne, a następstwem tego są coraz rozleglejsze zaniki i blizny. Obrzęk skóry utrzymuje się nawet w daleko posuniętych wykwitach i zaznacza się obfitym rozsianiem porozszerzanych naczyń chłonnych i wodniczek. W śluzówkach zmiany są te same, rogowacenie jest objawem, który wybija się ponad inne, dochodzi do wytworzenia warstwy zrogowaciałej z ogniskami nieprawidłowego rogowacenia i czopami rogowymi.

Etiologia i patogeneza liszaja rumieniowatego nie są znane. Istnieje szereg przypuszczeń co do przyczyny tego schorzenia. Najwięcej zwolenników i najwięcej czynników na swoje poparcie ma teoria gruźliczego pochodzenia liszaja rumieniowatego. Prątków K o c h a w wykwitach tego schorzenia nigdy nie udało się stwierdzić, istnieje jednak szereg dowodów, mniej lub więcej przekonywujących, na to, że schorzenie to zależne jest od zakażenia gruźliczego. Przypomnieć tu należy: wymienione wyżej, obciążenie gruźlicze rodzinne, dość częste zmiany gruźlicze płuc i towarzyszące gruźlicze schorzenia skóry, dalej, wymieniane przez niektórych autorów (B o e c k, S c h a u m a n n) gruźlicze schorzenia gruczołów chłonnych szyjnych, tchawiczo-oskrzelowych. Jednym z ważniejszych dowodów gruźliczej etiologii liszaja rumieniowatego są odczyny tuberkulinowe, które, wykonywane przez szereg autorów według sposobu niejednostajnego, a może niekiedy nieodpowiedniego, dają wyniki rozbieżne i mało są brane pod uwagę.

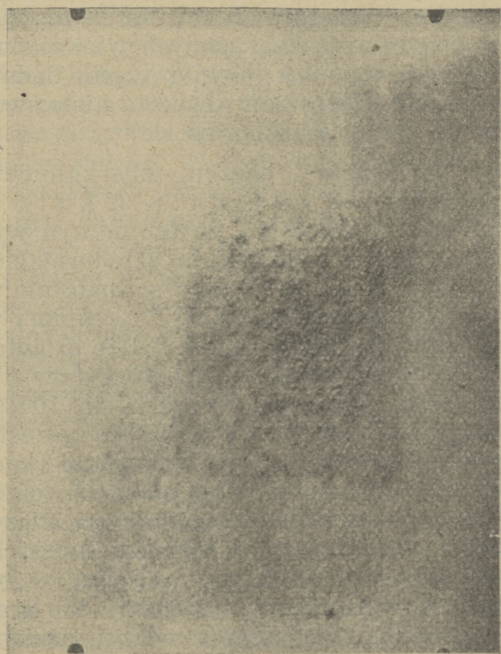
Wśród przypadków spostrzeganych przezemnie wykonałam w 17-tu przypadkach odczyny tuberkulinowe w ich 3-ch odmianach.

1. Śródskórne (sposobem M a n t o u x) wypadły 7 razy dodatnio. Z dodatnich najbardziej nasilone były w dwóch przypadkach, w których głęboko nacieczone wykwity wykazywały cechy sarkoidu B. Próby te nawet w rozcieńczeniu 1/10000 dały na przedramieniu odczyn, polegający na obecności dużego, guzowatego, żywo czerwonego nacieku, przypominającego wykwit rumienia guzowatego (erythema nodosum).

2. Naskórne (P i r q u e t) były przeważnie dodatnie, mniej więcej jednakowo nasilone, polegały na obecności niedużego nacieku w otoczeniu zdrapanego naskórka. Ponieważ odczyn ten u osobników kontrolnych (zakażonych wiewiórem, kiłowych) wypadał również często dodatnio, przeto należy go uważać za mało swoisty dla zmian gruźliczych skóry.

3. Naskórkowy odczyn tuberkulinowy wprowadzili N a t h a n i K a l l ó s, wychodząc z założenia, że ten odczyn wykaże uczulenie pochodzenia ektodermalnego, i stwierdzili, że wypada on dodatnio w przypadkach gruźlicy skóry, ujemnie w przypadkach gruźlicy płuc. Także ci autorzy, których ilość dodatnich odczynów nie zbliża się, jak u poprzednich, do 100%, uważają ten odczyn również za swoisty dla gruźlicy skóry, a wyniki ujemne i nieliczne nieswoiste tłómaczą niemożliwością istnienia w przyrodzie jednolitego odczynu dla wszystkich organizmów ludzkich, które przecież podlegają różnym wpływom biologicznym. Zdaniem F l a n d i n natomiast, ujemny odczyn naskórkowy w przypadku gruźliczych zmian skóry świadczy o całkowitej anergii skóry i pogarsza rokowanie co do wyleczenia. Odczyny naskórkowe wykonałam w dwóch odmianach, stosowanych w oddziale dr F l a n d i n; a) p ł a t k o w ą przez nałożenie na skórę pod przylepcem dziurkowanym 1 cm² bibułki napojonej czystą tuberkuliną, b) p o w i e k o w ą przez posmarowanie górnej powieki tą samą tuberkuliną. Dwa te odczyny wypadały równolegle, to znaczy nasilonemu płatkowemu odpowiadał nasilony powiekowy i odwrotnie, jeżeli jeden wypadł słabo, drugi był również słabo nasilony. Dodatni odczyn płatkowy polegał na nieznacznym przejściowym zaczerwienieniu i obrzęku, w obrębie którego pojawiały się drobne (wielkości łepka

szpilki), żywo czerwone, nacieczone grudki *(fot. nr 1)*. Grudki te utrzymywały się dłużej niż obrzęk i zaczerwienienie, 2 — 5 dni. Powiekowy odczyn dodatni polegał na takich samych zmianach. Najwcześniejszym objawem, który zwykle sam chory spostrzega, jest zaczerwienienie i nieznaczny obrzęk powieki, potem zjawiają się drobne grudki. Dwa te naskórkowe odczyny są często po 24 godzinach słabo zaznaczone; powtórzenie ich w tych samych miejscach po 24 godzinach lub dwukrotnie po następnej znowu dobie prowadzi do zsumowania się słabo dodatnich odczynów i ułatwia odczytanie wyniku. W



Fot. Nr. 1. Silnie dodatni płatkowy odczyn tuberkulinowy.

moich 17-tu przypadkach odczyny te były 16 razy dodatnie, z tego 10 razy silnie dodatnie, 6 razy słabo dodatnie, zsumowane. Oprócz jednego wyniku ujemnego wśród przypadków liszaja rumieniowatego, sześć kontrolnych wypadło ujemnie, również ujemnie wypadły odczyny naskórkowe z innymi płynami (sól fizjol., gliceryny) u tych chorych, którzy na tuberkulinę odpowiedzieli odczynem dodatnim.

Szereg innych dowodów na gruźlicze pochodzenie liszaja rumieniowatego jest mniej wymowny od wyżej opisanych odczynów tuberkulinowych. Należy tu wspomnieć o wpływie tuberkuliny na wykwity, o szczepieniach tkanki chorobowej królikom, o wyhodowaniu z krwi prątków Kocha na pożywce i sposobem Loewensteina, o wykazaniu przez Bruno-Blocha i Fuchsa obecności w wykwitach substancji zbliżonej do tuberkuliny. Wszystkie te dowody dotychczas zanadto są niestałe, a niekiedy nawet sprzeczne i nie mogą być brane pod uwagę.

Teoria kiłowego pochodzenia liszaja rumieniowatego opiera się na tych nielicznych spostrzeżeniach, w których odczyn Wassermanna był dodatni i w których po zastosowaniu leczenia swoistego (blizmutem i neoarsenobenzolem) wykwit ustąpił. Te przypadki jednak należy uważać za zbieg okoliczności tym bardziej, że bizmut okazał się doskonałym lekiem w przypadkach liszaja rumieniowatego, jak zresztą i w niektórych innych schorzeniach skórnych, nie mających etiologii kiłowej.

Zwolennicy teorii zakaźnej, głównie paciorkowcowej (szkoła angielska i amerykańska) znajdują również szereg danych na poparcie swoich poglądów; spotykano niekiedy ogólne zakażenia paciorkowcowe w dotkniętych liszajem rumieniowatym, ukryte ogniska ropne u tych chorych, najczęściej w jamie ustnej (zęby, migdałki) lub w jajowodach, zapalenia wsierdzia itd. Barber uważa liszaj rumieniowaty za schorzenie stojące blisko rumienia wysiękowego wielopostaciowego *(erythema exsudat. multif.)* i oprócz, wyżej podanych, spostrzeżeń klinicznych wymienia na poparcie swego przypuszczenia dodatnie odczyny skórne paciorkowcowe i ustępowanie wykwitów po usunięciu lub wyleczeniu ukrytych ognisk ropnych.

Wkońcu nie można pominąć milczeniem szeregu czynników, usposabiających do tego schorzenia. Słońce jest niewątpliwie czynnikiem, wywołującym powstanie wykwitów. Wśród moich przypadków zwłaszcza często spostrzegałam nawroty schorzenia po szeregu dni bardzo słonecznych, gdy chorzy zlekceważyli otrzymane polecenie, aby zasłaniać twarz przed działaniem promieni słonecznych. Chociaż wpływ słońca na przebieg liszaja rumieniowatego jest niezaprzeczalny a naświetlenie wykwitów promieniami utra - fioletowymi pogarsza ich stan, to z drugiej

strony nigdy nie udało się (D u B o i s) przez naświetlenie najbliższego sąsiedztwa wykwitu wywołać powstanie dodatkowych wykwitów. Liszaj rumieniowaty jest względnie częsty u rolników i handlarzy ulicznych, a więc u ludzi narażonych w znacznym stopniu na działanie słońca i innych wpływów atmosferycznych, z pośród których i zimno wymienia się, jako czynnik szkodliwy. Zaburzenia w krążeniu zwłaszcza te, które wywołują nawały krwi do twarzy mają według niektórych autorów usposabiać do liszaja rumieniowatego. Zwolnienie prądu krwi, które wtedy powstaje, ułatwia działanie czy to jadom, czy też drobnoustrojom, a jak twierdzi P a u t r i e r i inni (dość liczni): przesączalnym postaciom prątka gruźliczego.

LECZENIE.

Leczenie liszaja rumieniowatego wkracza coraz bardziej na tory leczenia ogólnego, jak się zdaje, bardziej racjonalnego niż leczenie miejscowe. Leczenie ogólne jest może nawet do pewnego stopnia leczeniem przyczynowym i dlatego przede wszystkim ten sposób leczenia stosowany był w Klinice Dermatologicznej Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego.

Przystępując do leczenia przewlekłego liszaja rumieniowatego zdawałam sobie sprawę z tego, że rozporządzam bardzo małą ilością środków skutecznych, a właściwie tylko dwoma, to jest solami złota i połączeniami bizmutu. Ponieważ przeciwwskazaniem do stosowania obydwu tych leków są najmniejsze choćby zmiany w nerkach, przeto, stwierdziwszy w moczu nawet ślady białka, środków tych nie stosowałam a poleciwszy odpowiednią dietę wstrzymywałam się z rozpoczęciem leczenia aż do czasu, póki zmiany w moczu nie ustąpią. Jakkolwiek połączenia bizmutu nie powodują ciężkich zmian w nerkach, to jednak nawet przy ich nieznacznych stanach chorobowych długotrwałe stosowanie soli tego ciężkiego metalu bywa niemożliwe. Bardziej niebezpieczne dla nerek są sole złota i pomimo dużej ostrożności w dawkowaniu i skrupulatności w badaniu moczu, które podczas leczenia wykonałam przynajmniej co 2 tygodnie, w jednym przypadku, przy początkowo prawidłowym stanie moczu, po drugim wstrzyknięciu leku wystąpiły objawy podrażnienia nerek, białkomocz, w osadzie nieliczne krwinki i wałeczki ziarniste. Leczenie złotem w tym przypadku przerwałam, i wprawdzie po 3 tygodniach leczenia glukozą stan chorobowy nerek całkowicie się cofnął, to jednak ten przypadek wykluczyłam na zawsze z leczenia złotem. Jeżeli stan nerek pozwalał na stosowanie złota i bizmutu, dążeniem moim było stosować przede wszystkim złoto, jako środek najskuteczniejszy.

L e c z e n i e z ł o t e m. Pierwszą podstawą naukową tego tak dawno stosowanego w gruźlicy sposobu leczenia było doświadczenie K o c h a, pokazane w r. 1890 na kongresie w Berlinie, gdy wykazano *in vitro* wpływ roztworu ½% soli złota na prątki gruźlicze. W zakresie gruźliczych schorzeń skóry zastosowano złoto po raz pierwszy w r. 1913 a wyniki tego leczenia były nader rozbieżne. K o h r s i M a r t e n s t e i n zastosowali pierwsi ten sposób leczenia w przypadkach liszaja rumieniowatego. Początkowe wyniki nie były zachęcające, jednak w miarę postępu przemysłu farmaceutycznego i produkcji coraz lepszych połączeń złota, ten sposób leczenia zyskuje coraz liczniejszych zwolenników.

Do leczenia złotem nadają się przede wszystkim przypadki przewlekłego liszaja rumieniowatego w jego postaci krążkowej, bez skłonności do rozsiewania się i szerzenia, zwłaszcza wykazujące nadmierne rogowacenie znacznego stopnia i przypadki długotrwałe.

Przeciwwskazaniem do stosowania złota są wymienione już zmiany w nerkach choćby nawet nieznaczne i czynne zmiany gruźlicze płuc. Wynika z tego, że stwierdzenie tylko śladów białka w moczu, przy braku znaczniejszej ilości białych ciałek w osadzie i stwierdzenie czynnych zmian w płucach lub stałych stanów podgorączkowych nawet, gdy zmian w płucach nie udało się stwierdzić, wystarcza do poniechania leczenia złotem. Nie należy także rozpoczynać leczenia ogólnego od stosowania złota w tych przypadkach, w których wykwity są bardzo świeże, wykazują duży odczyn zapalny z nieznacznym rogowaceniem lub te, w których wykwity są bardzo rozległe, rozsiane, wykazują skłonność do szerzenia się, wkońcu nie należy rozpoczynać leczenia ogólnego złotem u starców.

Z licznych połączeń złota doświadczenia moje dotyczą tylko trzech: Allochrysine'y, Oleochrysine'y (L u m i è r e) i Myochrysiny (S p i e s s). W leczeniu moich przypadków stosowałam głównie Allochrysine; jest to rozpuszczalna sól złożona siarkowo-sodowa złota, stosowana bywa domięśniowo. Zaznaczę, że dawki znajdujące się w handlu są dosyć duże i że nigdy nie rozpoczynałam leczenia od najmniejszej w handlu będącej (0,05). W przypadkach nadających się bez żadnych zastrzeżeń do leczenia złotem, leczenie rozpoczynałam od dawki 0,03; w przypadkach



Fot. Nr. 2. Wykwity utrzymują się 2 lata.

zaś, w których bądź to wykwity wykazywały znaczniejszy odczyn rumieniowo-zapalny, bądź to u chorego zjawiały się od czasu do czasu stany podgorączkowe, lub też w dość świeżych (3 — 6 miesięcy utrzymujących się) jako pierwszą dawkę stosowałam 0,01. Przerwy pomiędzy pojedyńczymi wstrzykiwaniami powinny wynosić conajmniej 7 dni. W jednym przypadku, w którym skrócono przerwy pomiędzy wstrzykiwaniami do 5-ciu dni, już po 5-tym wstrzyknięciu wystąpiło zapalenie skóry, wprawdzie mało nasilone i o przebiegu dobrotliwym, jednak zajmujące duże powierzchnie skóry. To powikłanie nie miało złego wpływu na wynik leczenia, który był doskonały w tym przypadku *(fot. nr. 2 — 3)*, w literaturze jednak opisano szereg pozłotowych uogólnionych zapaleń skóry o przebiegu znacznie cięższym. Ponadto spostrzegałam przypadek, w którym lekarz na prowincji, zachęcony dobrym wynikiem po pierwszym wstrzyknięciu podwoił poleconą przezemnie małą dawkę (0,02) i przyśpieszył drugi zabieg o 3 dni, po czym zaraz nazajutrz wystąpiło obustronnie silne obrzmienie gruczołów chłonnych na szyji i na całej skórze u-



Fot. Nr. 3. Po 5 wstrzyknięciach Allochrysine'y (0.375).

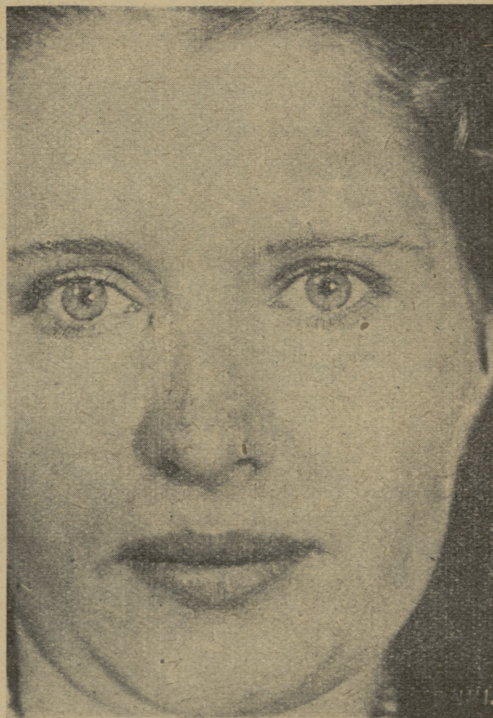
ogólnione zmiany zapalne. Dwa te przypadki były dla mnie dostateczną przestrogą przed przyśpieszaniem rytmu leczenia. W przypadkach zjawienia się po wstrzykiwaniu Allochrysine Lumière, stanów podgorączkowych, lub niedużego odczynu ogniskowego w postaci zaczerwienienia wykwitu, wskazane jest przedłużyć przerwę pomiędzy pojedyńczymi zabiegami do 10 — 12 dni. Powiększenie następnych dawek powinno być bardzo powolne, ostrożne i dokonywane wśród częstej kontroli moczu i przy

codziennym, dwukrotnym mierzeniu ciepłoty. W razie dobrego znoszenia dawek poprzednich, następne podwyższałam zwykle o 1 lub 2 setne części grama (0,01 lub 0,02) i to tylko w ciągu pierwszych tygodni, doszedłszy do dawki 0,05 lub najwyżej do 0,1 zatrzymywałam się przy tych dawkach do końca leczenia.

Już w kilka dni po pierwszym zabiegu następowała zwykle poprawa, która polegała na nieznacznym zblednięciu wykwitu. Początkowo zblednięcie to dawało się spostrzedz tylko w pewnych porach dnia, chorzy, zwykle zachęceni zmianą wykwitów obserwowali je bardzo pilnie i donosili, że zblednięcie występuje wyraźnie w tej lub innej porze dnia. Stopniowo, po dalszych zabiegach zblednięcie było coraz wyraźniejsze, coraz trwalsze, zwykle w 5-tym tygodniu leczenia poprawa była już bardzo wyraźna: wykwit był blady, nacieczenie jego ustępowało. Ostatnie ustępowały z wykwitu zrogowaciałe masy naskórka, pozostawiając niekiedy widoczne rozszerzenia ujść mieszków włosowych, które mogą jeszcze czas dłuższy wykazywać skłonność do wypełniania się czopami rogowymi lub przez swoje nadmierne rozszerzenie do tworzenia się w nich prawdziwych zaskórników *(comedones) (fot. nr 4 i 5)*. Jeżeli wykwit ustąpił całkowicie, wynik kosmetyczny był doskonały; nieznaczny zanik w miejscu wykwitu, który zaznaczał się jakby delikatnym zmarszczeniem skóry i wspomniane czopy rogowe lub zaskórniki były jedynymi pozostałościami po tym, tak szpecącym schorzeniu. Ilość zastosowanych zabiegów dochodziła najwyżej do 16-tu. W największej jednak liczbie przypadków poprzestałam na 10-ciu



Fot. Nr. 4. Wykwit utrzymuje się rok.



Fot. Nr. 5. Po 16 wstrzykiwaniach Allochrysine'y (1.25) widoczny nieznaczny zanik skóry i dwa zaskórniki.

wstrzykiwaniach, gdyż ta ilość zabiegów już to wystarczała do ustąpienia wykwitu, już to, co było zjawiskiem znacznie rzadszym, nieznaczna poprawa, która nastąpiła po pierwszych wstrzykiwaniach, po dalszych już nie następowała, już to, co zdarzyło się w 51 przypadków dwa tylko razy, wcale nie było poprawy.

Ilość zużytego leku była najrozmaitsza; były przypadki, w których nie podano nawet 0,1 Allochrysine; największa ilość zużytego w jednym przypadku leku wynosiła 1,8; największa ilość chorych, bo 48, nie przekroczyła 1 gr Allochrysine'y. W przypadkach, w któ-

rych następowała poprawa nawet po bardzo małych dawkach leku, dawek nie zwiększałam. Jeżeli po pewnej ilości zabiegów (10 — 16) nie następuje dalsza poprawa, lepiej przerwać leczenie złotem, aby po pewnym czasie znów do niego powrócić lub zastosować leczenie bizmutem, co niekiedy okazuje się skutecznym sposobem postępowania a zawsze chroni chorego od przeładowania tym drażniącym nerki i skórę lekiem.

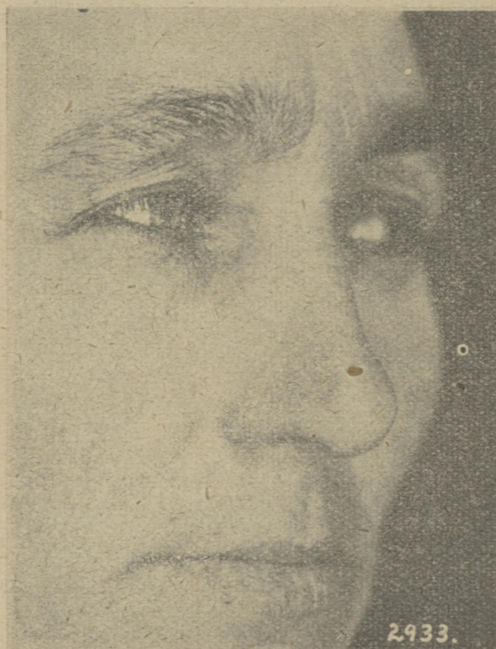
Bezpośrednio po leczeniu złotem nie stosowałam nigdy leczenia następnego, bizmutowego lub mięszanego, gdyż w ciągu najbliższych kilku tygodni po zaprzestaniu stosowania złota, pozostałe zmiany chorobowe bardzo często ustępowały samoistnie. Spostrzeżenia tego udało mi się dokonać w tych przypadkach, w których z różnych ubocznych względów chorzy leczenie przerywali, po czym po kilku tygodniach zgłaszali się bez zmian chorobowych *(fot. nr 6, i 7)*.

W przypadkach złego znoszenia Allochrysine'y, które polega na pojawieniu się odczynu ogniskowego, lub stanów podgorączkowych, o ile te niepożądane objawy nie są bardzo nasilone, można nie przerywać leczenia złotem, lecz zwiększyć przerwy pomiędzy wstrzykiwaniami do 14 dni a w międzyczasie stosować jedno lub dwa wstrzykiwania bizmutu. Takie leczenie mięszane można zastosować również w tych przypadkach, w których leczenie złotem nie daje dostatecznie dobrych wyników.

Z powyższego wynika, że leczenie Allochrysine'ą stosowane przezemnie bardzo było ostrożne i mało nasilone a dawki używane bardzo niskie, gdyż, nawet w porównaniu z dawkami najniższymi innych autorów,moje są niemal dwukrotnie niższe; przytoczę tu tylko, stosowane przez Pautrier, który podaje do 0,25 Allochrysine'y na dawkę pojedyńczą, a 3,0 — 4,5 na dawkę ogólną.



Fot. Nr. 6. Wykwity utrzymują się 18 miesięcy.



Fot. Nr. 7. W 4 tygodnie po 9 wstrzykiwaniach Allochrysine'y (0.39).

Leczenie Allochrysine'ą przeprowadziłam w 51 przypadkach liszaja rumieniowatego, a mięszane złotowo-bizmutowe w 4 przypadkach. Niepożądane objawy były nieliczne; jeden przypadek zapalenia nerek wymieniony powyżej i tylko 12 razy pod koniec leczenia złotem nieznaczny białko-

mocz bez jakichkolwiek innych składników chorobowych w moczu. Białkomocz ustępował w kilka dni po zaprzestaniu leczenia. Podniesienie ciepłoty w czasie leczenia złotem było powikłaniem częstszym. Około trzecia część chorych wykazała po wstrzykiwaniach Allochrysine'y niewielkie, niestałe i krótko utrzymujące się (1 — 2 dni) wahania ciepłoty, dochodzące 37,3°, co zmuszało mnie niekiedy do przedłużenia przerw pomiędzy zabiegami lub do stosowania leczenia mięszanego. Stałe i zdecydowane podniesienia ciepłoty były wskazaniem do całkowitego zaprzestania leczenia złotem i przejścia na leczenie bizmutem, co miało miejsce wśród moich chorych 2 razy. Nieznaczny odczyn ogniskowy spostrzegałam w dwóch przypadkach po kilku pierwszych wstrzykiwaniach Allochrysine'y, nie stanowił on przeszkody w dalszym stosowaniu tego leczenia, muszę natomiast zaznaczyć, że dwa te przypadki okazały się na leczenie złotem dosyć oporne, a i zastosowanie bizmutu również nie dało całkowitego wyleczenia. W pozostałych, leczonych przezemnie przypadkach nigdy nie spostrzegałam odczynu ogniskowego. Tutaj wspomnieć muszę o przypadku wybitnej nietolerancji na Allochrysine, który spostrzegałam jeden tylko raz w ciągu całego 7-mioletniego okresu; przypadek ten nie jest objęty niniejszą pracą, gdyż nie był przezemnie regularnie leczony. Był to przypadek 6 miesięcy utrzymujących się wykwitów liszaja rumieniowatego na twarzy, w postaci przejściowej pomiędzy pełzającą a krążkową stałą. Wstrzyknięcie Allochrysine w dawce 0,01 wywołało znaczne podniesienie ciepłoty do 39,3° i bardzo silny odczyn ogniskowy w postaci zaczerwienienia wykwitów i otaczającej je skóry. Leczenia oczywiście całkowicie zaprzestano. W tym przypadku nagle, w 18 miesięcy potem nastąpiło zaostrzenie schorzenia, uogólnienie i zejście śmiertelne. Odczyn więc ogniskowy nigdy nie jest pożądanym a jak się zdaje, wyraźnie nasilony pogarsza rokowanie.

Powikłań ze strony skóry, poza jednym wyżej wymienionym przypadkiem, w którym przyśpieszono leczenie, nie było. Również nie spostrzegałam opisywanych przez innych autorów zapalnych zmian śluzówek jamy ustnej.

Przystępując do oceny wyników leczenia Allochrysine'ą muszę zaznaczyć, że przypadki, które zgłaszały się do leczenia były przeważnie długotrwałe, wielokrotnie już różnymi sposobami leczone i to przeważnie miejscowo, nie tylko środkami chemicznymi lecz także energią cieplną *(kryoterapia)* lub świetlną, jak promienie Roentgena, rad, promienie F i n s e n a. Te uprzednio stosowane sposoby leczenia zwłaszcza energią świetlną lub środkami żrącymi pozostawiały często głębokie, szpecące blizny, na które oczywiście leczenie ogólne było bez wpływu *(fot. nr 8 i 9)*.

Na 51 przypadków leczonych wyłącznie Allochrysine'ą było 12 wyleczonych bez nawrotów, wśród nich przeważnie takie, które zostały wyleczone 2 — 4 lat temu i do dzisiaj nawrotów nie wykazują *(fot. nr 10 i 11)*, zaś 4, w których kontrola trwa dopiero 12 — 18 miesięcy. Zdaję sobie oczywiście sprawę z tego, że bezpowrotne wyleczenie tych chorych jest rzeczą względną i u niektórych z nich nawroty może jeszcze wystąpią, zaznaczę tylko, że na podstawie moich spostrzeżeń mogę powiedzieć, iż nawroty występują zwykle dość wcześnie w 8 — 16 miesięcy i można mieć nadzieję, że zwłaszcza te, które wykazują dobry stan ponad 2 lata, pozostaną nadal bez nawrotów. Całkowite ustąpienie wykwitów udało się ponad to uzyskać w 21 przypadkach, w których wystąpiły nawroty. Ci chorzy otrzymali oczywiście kilka serii wstrzykiwań Allochrysine'y a leczenie ich trwało odpowiednio dłużej. Jeżeli pierwszy wykwit ustępuje łatwo pod wpływem Allochroysine'y można z dużym prawdopdobieństwem powiedzieć to samo o nawrocie, a nawet zwykle ilość leku potrzebna do usunięcia nawrotu bywa mniejsza od zastosowanej po raz pierwszy. Jednokrotny nawrót wśród spostrzeganych przeze mnie przypadków nie był wcale regułą i zdarzały się takie, w których co 6 — 12 miesięcy wystąpiły 2 a nawet 3 nawroty.

W 16-tu przypadkach nie udało się uzyskać całkowitego wyleczenia, lecz tylko mniejszą lub większą poprawę, w dwóch przypadkach leczenie złotem nie dało żadnej poprawy.

Leczenie mięszane złotowo-bizmutowe zastosowałam w 4 przypadkach i wszy-



Fot. Nr. 8. Wykwit utrzymuje się 3 lata. Leczony był promieniami X i odmrażaniem.



Fot. Nr. 9. Po zastosowaniu Allochrysine'y (0.9) i Bizmutu (10 inj.).



Fot. Nr. 10. Wykwity utrzymują się 7 miesięcy.



Fot. Nr. 11. Po 10 wstrzyknięciach Allochrysine'y (0.7 g) w miejscu wykwitów pozostał tylko nieznaczny barwik.

stkie one po dłuższym okresie czasu, wśród nawrotów, zostały ostatecznie wyleczone. *(fot. nr 8 i 9, 12 i 13)*.

Drugim połączeniem złota, które stosowałam w przypadkach przewlekłego liszaja rumieniowatego była Oléochrysine'a, również złożona sól złota, w postaci zawiesiny olejowej, przygotowana w dawkach 0,1 i 0,2 do wstrzykiwań domięśniowych. Lek ten, wprowadzony do lecznictwa później niż Allochrysine, stosowany był przezemnie w niedużej ilości przypadków, głównie w leczeniu nawrotów. O jego działaniu można powiedzieć, że jest środkiem



Fot. Nr. 12. Wykwit utrzymuje się 8 miesięcy.

równie skutecznym, jak Allochrysine, działanie jego jednak wydaje się być nieco późniejsze. Stosować go można w dawkach dość dużych (0,05 — 01 na dawkę), gdyż jego wpływ drażniący na nerki jest mniejszy.

Myochrysina, również olejowa zawiesina soli złota, jest lekiem bardzo dobrze znoszonym, działanie jej jest jednak słabsze od wyżej wymienionych. Lek ten nadaje się do rozpoczęcia leczenia złotem tych przypadków, w których istnieją pewne zastrzeżenia co do stosowania złota, n. p. wyraźne stany podgorączkowe, świeżość wykwitów, ich silny odczyn zapalny i znaczna rozległość, późny wiek chorego, a w których leczenie bizmutem zawiodło. W tych to przypadkach radzę leczenie złotowe rozpocząć od Myochrysiny, aby potem w razie jej dobrego znoszenia przejść do bardziej skutecznych Oleochrysine'y lub Allochrysine'y.

Leczenie bizmutem liszaja rumieniowatego jest zdobyczą znacznie świeższą, niż leczenie złotem. H u d e l o i R a b u t zastosowali pierwsi leczenie bizmutem w 2 przypadkach liszaja rumieniowatego u kiłowych — lecz dopiero S é z a r y zwrócił uwagę na to, że, także bez związku z kiłą — bizmut jest skutecznym lekiem w

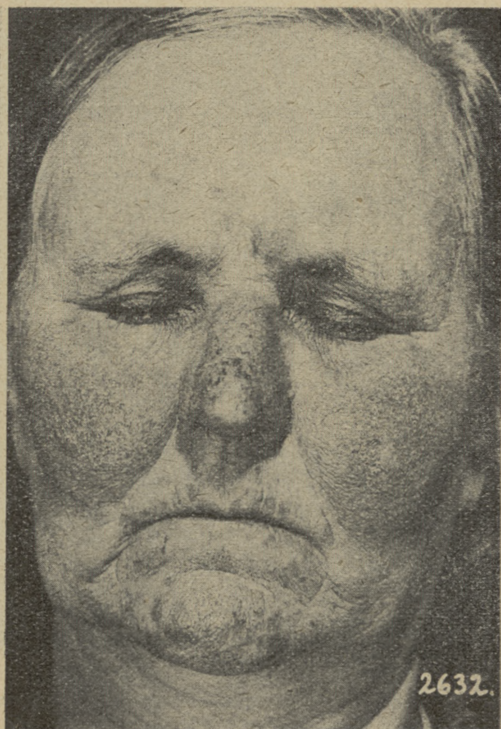


Fot. Nr. 13. Po 2 seriach leczenia mięszanego (Allochrysine'y + Bi)

przypadkach liszaja rumieniowatego. Bizmut działa w tych razach w sposób niewyjaśniony. Może być, że wywołuje jakiś wstrząs biologiczny, bliżej nieokreślony. Wyniki lecznicze są dosyć rozbieżne. P a u t r i e r radzi przede wszystkim stosować leczenia bizmutowe a dopiero na drugim miejscu stawia leczenie złotem, jako bardziej obciążające organizm. Znając jego sposób dawkowania złota, znacznie wyższy od stosowanego przezemnie, nie można się dziwić jego zapatrywaniom. Dawki złota i sposób leczenia, stosowane w naszej klinice, są całkiem bezpieczne, przy tym bardzo skuteczne i dlatego lecze-

nie bizmutem stawiam na drugim planie po leczeniu złotem.

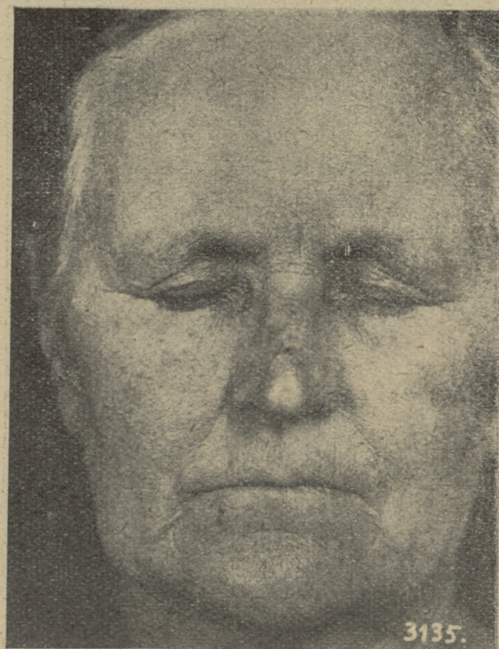
Szczególnych wskazań do stosowania leczenia bizmutem niema; wszystkie przypadki liszaja rumieniowatego, nie wykazujące zmian w nerkach, które są jedynym przeciwwskazaniem do stosowania tego leku, mogą być leczone bizmutem. Przezemnie leczone były tylko te, które nie nadawały się do leczenia złotem (patrz wyżej). Z licznych połączeń bizmutu, stosowanych w lecznictwie przeciwkiłowym



Fot. Nr. 14. Wykwity utrzymują się rok.

każde może być użyte do leczenia liszaja rumieniowatego. Pochodne bizmutu nierozpuszczalne, w postaci zawiesiny olejowej, mają tę wyższość nad rozpuszczalnymi, że mniej drażnią nerki, co ze względu na konieczność długiego stosowania tego leku, jest ważne. Wybór leku, jego dawkowanie i sposób leczenia nie różnią się niczym od stosowanych w leczeniu kiły [1]). Można więc stosować połączenia bizmutu w postaci wstrzykiwań domięśniowych, dwa razy tygodniowo w ilości, odpowiadającej 0,08 — 0,1 metalicznego bizmutu. Na jedną serię podajemy 12 — 20 wstrzykiwań. U wykazujących czynne zmiany gruźlicze płuc lub stałe stany podgorączkowe leczenie bizmutem należy rozpoczynać od dawek dwukrotnie mniejszych. Kontrola moczu i w tym leczeniu powinna być systematyczna i częsta. Niepożądanych powikłań nigdy nie spostrzegałam.

Poprawa wykwitów podczas leczenia bizmutem nie jest tak szybka, jak podczas leczenia złotem, jest znacznie późniejsza i



Fot. Nr. 15. Po 20 wstrzyknięciach bizmutu. Na nosie widoczne czopy rogowe.

postępuje powoli. Czwarty lub piąty tydzień leczenia bizmutem jest zwykle tym, w którym spostrzegamy po raz pierwszy cofanie się wykwitów, przy czym objawy chorobowe ustępują w tej samej kolejności, co podczas leczenia złotem; wykwit blednie, naciek ustępuje a dopiero, jako ostatni objaw, cofa się nadmierne rogowacenie.

Z 4-ch przypadków leczonych od początku bizmutem, w trzech uzyskałam wyleczenie *(fot. nr 14 i 15)*, w jednym poprawę. Wśród wyleczonych w dwóch były

---

[1]) M. Grzybowski: Leczenie kiły 1936.

nawroty. Bizmutem leczono ponad to te wszystkie (16) przypadki, w których podawanie złota nie dało całkowitego wyleczenia a tylko mniejszą lub większą poprawę. W tej grupie przypadków po kilkotygodniowej przerwie stosowano ponownie najczęściej leczenie bizmutowo-złotowe i uzyskano dalszych 7 całkowitych wyleczeń. Z dwóch przypadków, w których Allochrysine nie dała najmniejszej nawet poprawy, w jednym poprawa po zastosowaniu bizmutu była oczywista.

Inne leki, stosowane w leczeniu ogólnym liszaja rumieniowatego, jak neoarsenobenzole, preparaty salicylowe, chinina, z powodu całkowitego braku ich skuteczności, zostały zarzucone.

Leczenie miejscowe podczas leczenia ogólnego było przezemnie całkowicie zaniechane. Poza jednym poleceniem chronienia twarzy przed słońcem, chorzy żadnych innych wskazówek nie otrzymywali i żadnych środków miejscowo nie stosowali. Dopiero, gdy przy pomocy leczenia ogólnego nie udawało się uzyskać całkowitego uleczenia, stosowano leczenie miejscowe. Z długiego szeregu sposobów, stosowanych w leczeniu miejscowym liszaja rumieniowatego, w naszej klinice stosowano tylko dwa: odmrażanie bezwodnikiem kwasu węglowego stosowano w 7-miu przypadkach leczonych uprzednio ogólnie i w jednym uprzednio nie leczonym, w którym, chora nie chciała się poddać leczeniu ogólnemu. Ten sposób leczenia miejscowego polega na zamianie wykwitu na bliznę, dość gładką, białą a wynik kosmetyczny zależy, oczywiście prócz rozległości wykwitów, ilości i głębokości nacieku, obecności lub braku nawrotów, także od zręczności wykonywującego zabieg i od techniki samego zabiegu. Ten sposób leczenia stanowi odrębny rozdział, który ramach tej pracy z braku miejsca nie może być umieszczony. Rozcieńczona nalewka jodowa (1%), stosowana codziennie w postaci pendzlowań przez czas dłuższy, daje niejednokrotnie znaczną poprawę. W przypadkach bardzo opornych na leczenie ogólne można polecić ten sposób leczenia miejscowego w przerwach pomiędzy poszczególnymi seriami wstrzykiwań złota lub bizmutu. W jednym przypadku całkowicie opornym na leczenie złotem i bizmutem, w którym, z powodu młodego wieku chorej, nie stosowano odmrażania, nastąpiła wyraźna poprawa po stosowaniu codziennym 1% nalewki jodowej w ciągu miesiąca.

Przy zestawieniu wyników moich spostrzeżeń zwraca uwagę szereg czynników, wskazujących na gruźlicze pochodzenie liszaja rumieniowatego:

1) obecność gruźlicy w rodzinie chorego — 25%,
2) obecność czynnej gruźlicy płuc u chorych — 10,5%,
3) współistnienie rzeczywistej gruźlicy skóry — 6,6%,
4) współistnienie sarkoidu Boecka, — 6,6%,
5) dodatnie odczyny naskórkowe po tuberkulinie — 94%,
6) dobre wyniki leczenia złotem: wyleczonych — 66%, poprawy — 32%.

PIŚMIENNICTWO.

Bruno Bloch, Fuchs: Arch. f. Dermat. 1913, I. CXVI, str. 742. *Civatte:* Annales de dermat. 1926, str. 465. *Donges:* Dermat. Wschr. 1934, II, str. 1369. *Du Bois:* Rapp. Congr. Derm. Langue franc. 1934, 7 — 53. *Ehrmann, Falkenstein:* Arch. f. Dermat. 1922, I. CXLI, str. 408. *Erich, Uhlmann, Schambye:* Arch. f. Dermat. 1934, 170, 500 — 510. *Gougerot, Burnier:* Arch. dermat — syphil. de la clinique de l'hôp. Saint Louis, 1931, str. 273. *Gougerot, Lévy - Franckel, Thibaut...* Bull. Soc. franç. Dermat. 1934, 41, *Gougerot, Burnier:* Rapp. Congr. Dermat. Langue franç. 1934, 55 — 111. *Grzybowski M.:* Now. Lek. 1931, Nr. 11. *Dubreuilh:* Annales de dermat. 1901, str. 231. *Kren, Otto:* Wien. Klin. Wschr. 1935, I, str. 193. *Lenglet:* La Prat. Dermat. 1092. *Montgomery, Douglass:* Arch. of. Dermat. 1935, 31, str. 371. *Nathan, Kallós:* Klin. Wochschr. 1931, Nr. 52. Derm. Zeitschr. 1932, 64, str. 146. *Oppenhein:* Arch. f. Dermat. 1915, I. CXIX, str. 279. *Ostrowski:* Pol. Gaz Lek. 1934, Nr. 31 — 32. *Pautrier:* Nouvelle Prat. Dermat. 1936. *Petges:* Rapp. Congr. Derm. Langue franç. 1934, 11 3— 181. *Reiss:* Przegl. Derm. 1930, I. XXV, str. 421. *Świątkiewicz:* Przegl. Derm. 1934, str. 280. *Veiel:* Handbuch der Haut und Geschl. 1931.

PHOSPHACID

WZMACNIA ORGANIZM
WYZWALA JEGO SIŁY OBRONNE

LECZY NIEDOTLENIONYMI
ZWIĄZKAMI FOSFORO - WAPNIOWYMI
PRZEMĘCZENIE FIZYCZNE I UMYSŁOWE
STANY OGóLNEJ NIEDOMOGI USTROJU
GRUźLICĘ CHIRURG. I GRUźLICĘ PŁUC

DAWKOWANIE PODANE W LITERATURZE



AMPUŁKI **KROPLE**

POTĘżNY ŚRODEK W SCHORZENIACH WĄTROBY
DRóG żÓŁCIOWYCH I JELIT

CAŁKOWITY WYCIĄG Z ŻÓŁCI I BOLDO

DZIAŁANIE NA WĄTROBĘ:
ŻÓŁCIOPĘDNE, GLIKOGENOTWÓRCZE,
ANTYTOKSYCZNE, TONIZUJĄCE

DZIAŁANIE NA JELITA:
PERYSTALTYCZNE, PRZECIWGNILNE,
PRZECIWKOAGULACYJNE

CHEM. FARM. ZAKŁ. PRZEM. HANDL.
L. NASIEROWSKI
WARSZAWA 22, UL. KALISKA 9

BOLEAS MONAL

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Pooperacyjny wrzód żołądka i jego leczenie. (Considérations génerales sur les ulcères peptiques postopératoires ou ulcères - récidivants et leur traitement). X. D e l o r e, H. G a b r i e l l e.

La Presse Méd. Nr. 71, 1937.

Chirurgiczne leczenie wrzodów żołądka niezawsze daje choremu wyleczenie i ulgę w jego dolegliwościach. Często spotykamym powikłaniem przebiegu pooperacyjnego jest wrzód trawienny, wytworzony w ścianie operowanego poprzednio żołądka. Wrzód ten umiejscowiony bywa albo w miejscu gastroenterostomii, w jego pobliżu lub w jelicie czczym.

Objawy wrzodowe pojawiają się w różnym okresie czasu po zabiegu t. zn. od kilku tygodni do kilku lat. Są nimi: bóle, wymioty, utrata łaknienia, chudnięcie; niekiedy zjawiają się krwotoki lub przedziurawienie do wolnej jamy otrzewnej.

Z zestawień statystycznych wynika, że występowanie pooperacyjnego wzrzodu trawiennego nie zależy od techniki wykonanego zabiegu. Nie jest on skutkiem źle wykonanej gastroenterostomii. Powikłanie to pojawia się często w przypadkach operowanych według wszelkich zasad sztuki chirurgicznej. Wrzody trawienne nie są też skutkiem utrzymującej się po zabiegu nadkwaśności soku żołądkowego, często bowiem spotykano je w przypadkach bardzo niskiej kwasoty.

Dla wytłumaczenia etiologii wrzodów trawiennych zwrócić trzeba uwagę na obraz ściany żołądka. Ulcus ventriculi nie jest zwykle jednostką chorobową, przy której zmiany dotyczą tylko ograniczonego punktu śluzówki, t. j. miejsca wrzodu. Zwykle wrzód jest tylko objawem choroby całej ściany żołądka. Cała błona śluzowa jest zmieniona chorobowo. Na przestrzeni całej ściany żołądka lub znacznej jej części spostrzega się zmiany nieżytowe - zapalne, a w pewnym miejscu na takim podłożu rozwija się wrzód.

Operowane żołądki są zwykle w całości zmienione: przekrwione o ścianie zgrubiałej i błonie śluzowej rozpulchnionej. Niekiedy zmiany zapalne obejmują żołądek i dwunastnicę.

Stąd też wypływa wytłumaczenie przebiegu wrzodów pooperacyjnych. O ile wrzód żołądka jest zmianą ograniczoną i rozwinął się w ścianie żołądka zmienionej chorobowo tylko na niewielkiej przestrzeni, co się zdarza bardzo rzadko, zabieg da dobre wyniki. W przypadkach rozległych zmian w ścianie żołądka gastroenterostomia jest mało skuteczna, gdyż spodziewać się należy powstania nowego wrzodu w pozostałej, zapalnie zmienionej błonie śluzowej w innym miejscu żołądka.

W przypadku gdy w czasie zabiegu spostrzega się rozległe zmiany w ścianie żołądka, wykonać trzeba rozległe wycięcie, niekiedy obejmujące nietylko żołądek, ale i odcinek dwunastnicy. Zaznaczyć należy, że wrzody modzelowate dają zwykle zmiany ograniczone i w tych przypadkach gastroenterostomia daje wyniki dobre i nie wymaga rozległego wycięcia.

Z powyższych danych wynika potrzeba dokładnego spostrzegania chorych operowanych, często bowiem w czasie zabiegu nie dostrzega się rozległych zmian w ścianie żołądka. Po operacji po pewnym czasie pojawiają się objawy wrzodowe i wtedy poddać trzeba chorego ponownemu zabiegowi w celu wykonania rozległego wycięcia żołądka.

O badaniu ropni płuc po wprowadzeniu lipiodolu (L'exploration des grands abscès pulmonaires par l'injection transpariétale de lipiodol). P. P r u v o s t et J. Q u é n u.

La Presse Méd. Nr. 79, 1937.

Badanie rentgenologiczne płuc pozyskało nową pożyteczną metodę rozpoznawczą. Polega ona na wprowadzeniu l i p i o d o l u do jamy po nakłuciu opłucnej.

Technika: po ostrożnym nakłuciu opłucnej igłą (nie trójgrańcem) należy sprawdzić jej obecność w jamie przez pobranie małej ilości zawartości. Następnie powoli wprowadza się 5 — 10 cm. lipiodolu. Zdjęcia wykonuje się w różnych ustawieniach. Badanie tym sposobem oddaje wielkie usługi w przypadkach ropnia płuc. Zwykłe rentgenogramy dają tu zazwyczaj obraz cienia na przestrzeni, objętej sprawą chorobową — nie można jednak na ich podstawie ściśle umiejscowić procesu ropnego ani też wyznaczyć dokładnie granic ropnia. Z chwilą gdy stwierdza się obecność jamy powietrznej wykonać trzeba nakłucie i wprowadzić lipiodol . Badanie to daje bardzo dokładny obraz wytworzonego ropnia.

Płyn zmienia się zależnie od położenia ciała i ściśle wskazuje miejsce zmian. W tych warunkach zabieg chirurgiczny jest bardzo łatwy. Badanie bowiem wyznacza poprostu miejsce najdogodniejsze dla cięcia i założenia drenu. Część lipiodolu przenika zwykle przez wytworzone przetoki do światła oskrzeli. Po zabiegu przetoki te powinny powoli zanikać. W okresie pooperacyjnym, wykonane poprzednio badanie, daje wskazówki o przebiegu sprawy. Reszta pozostałego lipiodolu wykazuje zwiększanie się lub zmniejszanie jamy. Zresztą w przypadku gdy jest założony dren ponowne wprowadzenie małej ilości lipiodolu celem badania rentgenologicznego nie przedstawia żadnej trudności.

Zabieg wprowadzenia lipiodolu przez nakłucie opłucnej nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa o ile wykonany jest z pewną ostrożnością. Jest on mniej przykry, niż bronchografia zwykła, a daje w przypadku ropnia płuc znacznie lepsze i dokładniejsze wskazówki rozpoznawcze i ułatwia zabieg chirurgiczny.

Elektrokardiogram serca w agonii (Electrocardiographie du coeur agonique). Jorge Mencses Hoyos.

La Presse Méd. Nr. 81, 1937.

Zagadnienie śmierci istotnej i pozornej jest jednym z najdawniej rozpatrywanych tematów. Jaki moment uznać należy za granicę między życiem i śmiercią? Kiedy organizm przestaje żyć? Badania in vitro wskazują na to, że poszczególne narządy żyją przez pewien czas po t. zw. śmierci ustroju. Winterstein chwilą śmierci nazwał moment wypadnięcia czynności ośrodkowego układu nerwowego, po poprzednim ustaniu oddychania i krążenia. Arystoteles wiązał śmierć z ustaniem czynności serca „per obitum vita hic ultimo deficit". Obecnie po wprowadzeniu elektrokardiografii poglądy nasze zostały unowocześnione i jesteśmy w stanie dokładnie określić chwilę śmierci.

Po ustaniu krążenia obwodowego jest jeszcze pewien okres czasu 5 — 20 min., kiedy mimo braku uchwytnych zwykłymi fizycznymi metodami badania objawów czynności serca stwierdzić je można elektrokardiograficznie. Ten okres czasu nadaje się jeszcze do prób pobudzenia krążenia np. przy pomocy wstrzyknięcia dosercowego adrenaliny. Śmierć następuje w momencie ustania automatyzmu serca, co się da stwierdzić elektrokardiograficznie.

Elektrokardiogram serca w agonii przedstawia się następująco:

1) przewaga jednej komory, zwykle prawej,
2) stopniowe zmniejszanie się aż do zniknięcia fali T.
3) zespół komorowy daje krzywą zaokrągloną, długą,
4) fala P. staje się niższa,
5) końcowym etapem jest migotanie przedsionków.

Mechanizm działania sulfamido - chryzoidyny w zakażeniach paciorkowcami. (Sur le mecanisme de l'action anti - streptococique de la sulfamidochrysoidine). P. Gley, A. Girard.

La Presse Méd. Nr. 73, 1937.

Wyniki lecznicze osiągane przy leczeniu stanów septycznych, wywołanych przez łańcuszkowce, przy pomocy sulfamidochryzoidyny zmuszały do badań nad mechanizmem jej działania. Skuteczność tego środka wydawała się niezrozumiałą, gdyż doświadczenia in vitro nie wykazywały powstrzymywania rozwoju kultury w jego obecności.

Trefonel, Nitti i Bovet byli zdania, że sulfamido-chryzoidyna działa za pośrednictwem paramino-benzeno-sulfamidu, który powstaje na skutek odtleniania sulfamidochryzoidyny w przewodzie pokarmowym. Jednakże jak się okazało paramino-benzeno-sulfamid, powstaje w tak małej ilości, że wątpliwym się wydał ten mechanizm działania, zwłaszcza, że badania in vitro nie wykazały, by środek ten był bardziej bakteriobójczy od sulfamidochryzoidyny.

Autorzy przeprowadzili następujące doświadczenie: wykonano posiewy paciorkowców na bulionie z dodatkiem sulfamido-chryzoidyny, paramino-benzeno-sulfamidu i kontrolne na czystym bulionie. Wzrost drobnoustrojów był wszędzie jednakowy. Hodowle odwirowano, płyn odlano, a zawiesiny bakterii rozcieńczono roztworem fizjologicznym w różnym stosunku. Płyn ten wstrzykiwano myszkom. Jak się okazało z przeprowadzonych badań, zarówno sulfamido-chryzoidyna jak i paramino-benzenosulfamid zmniejszają wybitnie zjadliwość łańcuszkowców. Myszy, którym wstrzyknięto kulturę kontrolną, ginęły znacznie częściej, niż te, którym wstrzyknięto zawiesinę bakterii hodowanych z wyżej wymienionymi środkami chemicznymi.

Przegląd hematologii w r. 1937. (L'hématologie en 1937). P. Harvier, J. Mallarmé.

Paris Médical Nr. 29, 1937.

Metody badania. Nakłucie mostka jest coraz częściej używaną metodą rozpoznawczą. Jako zabieg łatwy i nieszkodliwy dla chorego, może być wykonywane we wszelkich niejasnych przypadkach chorób krwi.

Rozmaz szpiku kostnego barwi się tak samo, jak rozczyn krwi obwodowej. W obrazie zwracać należy uwagę na serię erytroblastyczną i myeloblastyczną. W niedokrwistościach widzimy różne postacie krwinek czerwonych, które rozstrzygają o typie i dają pojęcie o rokowaniu w chorobie. W przypadkach białaczki rozmaz szpiku przedstawia charakterystyczne dla poszczególnych jej rodzajów obrazy morfologiczne.

Hodowle ze szpiku kostnego dają często wynik dodatni w przypadkach, gdzie posiewy z krwi obwodowej wypadły ujemnie.

W chorobie Biermera przeprowadzane są nadal badania nad wpływem żołądka na jej przebieg. Doświadczalnie nie udaje się wywołać niedokrwistości złośliwej po usunięciu żołądka — w tych przypadkach występuje zwykle po zabiegu niedokrwistość wtórna, niedobarwna. Wstrzykiwania soku żołądkowego chorych mają mieć znaczenie rozpoznawcze — sok żołądkowy człowieka niechorego na niedokrwistość Biermera, wstrzyknięty szczurowi białemu, wywołuje u niego przełom retikulocytozy — w przypadkach choroby Biermera próba wypada ujemnie.

Czynnik żołądkowy Castle uważa za zaczyn, który działa w obecności witaminy B, zawartej w mięśniach wołu. Morris nazywa czynnik żołądkowy addysyną i opowiada się za jego hormonalną naturą.

Nazwą choroby hemolitycznej proponują Debré, Lumy i Schranuch zastąpić nazwę: żółtaczka hemolityczna, gdyż w niektórych przypadkach nietypowych żółtaczki może nie być i nazwa staje się nieodpowiednią. Autorzy ci nie podejmują się odróżnić choroby hemolitycznej wrodzonej od nabytej; ich zdaniem jest to zawsze sprawa wrodzona, najczęściej rodzinna, która niekiedy przebiega bezobjawowo i przejawia się dopiero w późniejszym wieku. Często towarzyszą jej różne wady konstytucjonalne w zakresie kości, narządów wewnętrznych i psychiki. Czasami jest ona jednym z objawów kiły wrodzonej. Jest ona pewnego rodzaju niedorozwojem krwinek czerwonych, które są małe, niekształtne i łatwo ulegają zniszczeniu. Wszyscy autorzy zgodnie podkreślają dobre wyniki wycięcia śledziony w przypadkach choroby hemolitycznej.

Choroby układu siateczko-śródbłonkowego.

Myelosis leucaemica megaecariocytica Fabre i Croizet jest jednostką chorobową, na którą składa się następujący zespół objawów: duża śledziona, niedokrwistość z obecnością młodych postaci krwinek białych i erytroblastów we krwi.

Reticulo-endotheliosis Weil i Dustina cechuje się dużą niedokrwistością, powiększeniem wątroby i śledziony i stanami gorączkowymi, prowadzi ona w szybkim czasie do zejścia śmiertelnego.

Białaczka monocytowa jest stale przedmiotem sporów. Merklen opisuje choroba Gauchera o umiejscowieniu w płucach i oponach mózgowych. Dla rozpoznania tejże jednostki chorobowej polecają szukać komórek Gauchera w miazdze nerwowej z kości długich i wycinkach śledziony.

Choroba Schüller-Christiana charakteryzuje się obecnością zniekształceń czaszki, wytrzeszczu gałek ocznych, moczówki prostej. We krwi stwierdza się wysoki poziom lipoidów i cholesteryny. Ma to być sprawa chorobowa pochodzenia wewnątrzwydzielniczego.

Choroba Hodgkina. Podają, że istnieją postacie nerwowe tej choroby ze wzmożeniem ciśnienia śródczaszkowego, porażeniami nerwów czaszkowych i n. współczulnego. Poza tym można spotykać w jej przebiegu bezmocz i moczówkę prostą. Przeważać mogą niekiedy zmiany w śródpiersiu, dając niedodmę pewnego odcinka płuc; kiedyindziej sprawa ma charakter septyczny z wysoką gorączką lub przebiega tylko jako postać brzuszna.

Co do obrazu krwi bywa on bardzo rozmaity. Eozynofilia nie jest objawem stałym. Przypadki, w których występuje leukopenia mają przebieg szczególnie niepomyślny i są trudne dla leczenia promieniami Roentgena. W przypadkach trudnych do rozpoznania polecają wykonanie nakłucia gruczołów i próby biologicznej Gordona. Próba ta polega na wstrzyknięciu do mózgu królika jałowo przygotowanego wycinka ze zmienionego gruczołu. Po upływie 4 — 10 dni występują u królika porażenia, drgawki i śmierć. Sekcyjnie stwierdza się znaczne przekrwienie opon mózgowych z wyraźnym odczynem limfatycznym.

Myelome multiplex (choroba Rahlera). W przebiegu jej spostrzega się rozległe silne bóle wzdłuż kości, stopniowe pogorszenie stanu ogólnego i zaburzenia wzrokowe. Wreszcie dochodzi do samorodnych złamań kostnych. Choroba zwykle występuje w wieku powyżej 40 lat.

Rentgenologicznie stwierdza się w zakresie wielu kości licznie rozsiane wysepki zniszczenia budowy kostnej.

Obraz morfologiczny krwi mało charakterystyczny — przy dość dużej niedokrwistości spostrzega się leukocytozę z niezbyt wyraźnym odczynem szpikowym.

Rozmaz szpiku kostnego z mostka może rozstrzygnąć rozpoznanie — stwierdza się tu dużą liczbę komórek plazmatycznych i liczne komórki śródbłonkowe.

Badaniem chemicznym stwierdza się obecność białka Bence Jonesa w moczu. We krwi poziom wapnia jest zwykle podwyższony, zwiększona zawartość białka, a w szczególności globulin, lepkość krwi jest zwiększona, opadanie krwinek przyśpieszone. Kłaczkowacenie surowicy występuje przy 56°. Sprawa chorobowa trwa od kilku miesięcy do kilku lat.

Radioterapia daje niekiedy przejściową poprawę.

CHIRURGIA

Przypadek ostrego rozlanego zapalenia mięśni. (Myosite aigue strectococcique des muscles pectoraux et grand dorsales). Nalleu et Nedelec.

Mem. de L'Académie de Chir. Czerwiec 1937.

Autorzy opisują przebieg i leczenie ostrego zapalenia mięśni, wywołanego paciorkowcami. Chłopiec lat 14 dostał nagle silnych bólów w okolicy lewej piersi i lewej łopatki, połączonych z wysoką gorączką i złem samopoczuciem chorego. Przywieziony po 3 dniach do szpitala gorączko-

wał w dalszym ciągu, bólów samoistnych już nie odczuwał, natomiast przy ruchach lewej ręki lub przy ucisku na lewą pierś występowała w tej okolicy silna bolesność. Po kilku dniach na lewej piersi pojawiło się wygórowanie wielkości pięści, bolesne, niechełboczące, o granicach zatartych. Powiększenia gruczołów chłonnych, ani zapalenia naczyń chłonnych tej okolicy nie spostrzegano. Przy drobiazgowym badaniu chorego stwierdzono drobną ropiejącą rankę przy paznokciu IV palca lewej ręki. Rankę tę przyjęto za miejsce pierwotnego zakażenia. Nakłuwanie guza na piersi obecności ropy nie stwierdziło. Przez kilka dni stosowano leczenie zachowawcze, poczym gdy pojawiło się w miejscu guza — chełbotanie, nacięto ropień, który wytworzył się w mięśniu piersiowym większym. Cały ten mięsień okazał się przy tym obrzękły, zgrubiały zasiniony i usiany drobnemi, punkcikowatymi ropniami. Badanie histologiczne pobranego skrawka wykazało tkankę mięśniową z częściowo zatartą budową włókienkową, nacieczoną ciałkami czerwonymi i białymi jedno- i wielojądrzastymi. Po tym zabiegu stan chorego mało się poprawił, a po kilkunastu dniach wystąpiły objawy ropnego zapalenia mięśni grzbietu po stronie lewej. Wykonano ponowne nacięcie. W kilka dni po tym zabiegu nastąpił silny krwotok z rany w mięśniu grzbietowym, które pogorszył jeszcze bardziej ciężki stan chorego. Wreszcie przy trzecim zabiegu, przy nacięciu w okolicy przymostkowej lewej stwierdzono ropne zapalenie stawów mostkowo-żebrowych od II — IV żebra. Choroba trwała już 7 tygodni. Wreszcie po tym ostatnim zabiegu stan chorego zwolna zaczął się poprawiać i po 3 miesiącach choroby chłopiec opuścił szpital jako wyleczony.

Przypadek ten należy do rzędu przypadków rzadko spotykanych, gdyż ropnemu zakażeniu uległo tu szereg poszczególnych mięśni z wytworzeniem dużej liczby drobnych międzywłókienkowych ropni. Ciężki i długotrwały przebieg choroby ilustruje złośliwość zakażenia, które okazało się zakażeniem paciorkowcowym, opornym na leczenie swoistymi i wielowartościowymi szczepionkami.

Leczenie przewlekłego zapalenia nerek odłuszczaniem torebki nerkowej. (Decapsulation rénale dans la néphrite chronique). P a t o i r et D e c o u l x.

Paris Médical, wrzesień 1937.

Odtłuszczanie torebki nerkowej, jest zabiegiem oddawna już stosowanym w przypadkach przewlekłego zapalenia nerek, jednakże osiągnięte dotychczas wyniki lecznicze tego postępowania są mało zachęcające. Autorzy stwierdzają, że nie jest to jednak wina samego zabiegu operacyjnego, a doboru przypadków operowanych, gdyż chorzy skierowani na operację są prawie zawsze w ostatnim stadium choroby, w ciężkim, rozpaczliwym nieraz, stanie ogólnym.

Zasadę działania leczniczego odłuszczenia nerki porównać można do działania odnerwienia tętnicy (sympatectomii). Przy obecnym stanie techniki operacyjnej wstrząs pooperacyjny jest przy tym zabiegu — niewielki.

Wskazanie do zabiegu dają zarówno podostre stany zapalne nerek, z bólami w okolicy lędźwiowej, jaki i ostre zapalenie i zapalenia przewlekłe z krwiomoczem. C h a b a n i e r wykonuje ten zabieg również i w przypadkach samoistnego nadciśnienia tętniczego, uzyskując dobre wyniki. Jako przyczynek do rozszerzenia wskazań do tej operacji przytaczają przypadek operowanej przez nich chorej, 15-letniej dziewczynki, u której przed 6 laty wystąpiły po raz pierwszy objawy zapalenia nerek, zaostrzające się od czasu do czasu, z krwiomoczem, wyniszczeniem chorej, wymiotami, bólami głowy, wzmożeniem ciśnienia krwi i znacznym podwyższeniem poziomu mocznika we krwi. Ostatnie pogorszenie obserwowane przez autorów dało wskazania do zabiegu odłuszczenia torebki nerkowej, zabieg wykonano dwuczasowo, najpierw na jednej nerce, po 10 dniach na drugiej, przy czym stwierdzono obustronnie torbielowate zwyrodnienie nerek. Po ostatnim zabiegu poziom mocznika we krwi obniżył się trwale, ciśnienie krwi również, ustąpiły wymioty i bóle głowy — uzyskano trwałą poprawę.

Jak z opisu powyższego wynika wskazania do wykonania odłuszczenia torebki nerkowej daje również torbielowate zwyrodnienie nerek, czego dotychczas w piśmiennictwie odnośnym nie podnoszono. Autorzy stale podkreślają, że w przypadkach wyżej wspomnianych schorzeń nerkowych, opornych na leczenie zachowawcze, nie należy odwlekać zabiegu,gdyż im wcześniej zostaje on wykonany tym lepsze osiągnie się wyniki.

Zachowawcze leczenie pooperacyjnych wysokich przetok jelitowych. (Le tube d'Einhorn a demeure dans le traitement des fistules duodenales ou gastro - jejunales post - opératoires). S a n t y et M a l l e t - G u y.

La Presse Méd. Nr. 69, sierpień 1937.

Na wyniki operacyj, wykonywanych w przypadkach rozległych zmian w ściance żołądka lub jelit, wpływa często ujemnie rozejście się szwów w kilka dni po operacji i wytworzenie się przetoki jelitowej. Takie powikłania grożą po operacjach wysoko usadowionych na krzywiźnie małej wrzodów żołądka, wrzodów przerostowych dwunastnicy i po operacjach na drogach żółciowych, połączonych z otwarciem dwunastnicy. Przetoki te można podzielić na 2 kategorie: 1) komunikujące się ze światłem jelita, operacyjnie wyłączonego z obiegu (przez zespolenie żołądkowo - jelitowe), 2) komunikujące się ze światłem jelita, przez które przechodzi całkowita treść pokarmowa. Ten drugi rodzaj przetok jest znacznie groźniejszy, powoduje bowiem szybkie wyniszczenie chorego.

Autorzy opisują obserwowane przez siebie 3 przypadki, w których po operacji I — całkowitego wycięcia żołądka, II — częściowego wycięcia żołądka sposobem Polya, III — operacji na drogach żółciowych z otwarciem dwunastnicy, na 7 — 10-ty dzień po operacji wytworzyły się przetoki jelitowe, przez które całkowita treść pokarmowa wydostawała się nazewnątrz. We wszystkich tych przypadkach autorzy uzyskali całkowite zamknięcie się przetoki i wyleczenie chorego przez założenie na stałe przez usta na przeciąg 4 — 16 dni długiego zgłębnika dwunastniczego, którego oliwka leżała w świetle jelita poniżej przetoki. Chorego odżywiano wyłącznie przez zgłębnik; stan chorego szybko poprawiał się, wydzielanie z przetoki zmniejszało się z dnia na dzień i we wszystkich 3 przypadkach przetoka zamknęła się samoistnie.

Przy zakładaniu zgłębnika były wprawdzie pewne trudności, zgłębnik skręcał się kilkakrotnie w żołądku zanim przeszedł do jelita, ale we wszystkich przypadkach udało się go wprowadzić aż poza przetokę, wprowadzając, przezeń do światła jelita l i p i o d o l. Opierając się na tych wynikach, autorzy zalecają ten sposób postępowania we wszystkich pooperacyjnych wysokich przetokach jelitowych, stwierdzając, że już na drugi dzień po założeniu zgłębnika zaznacza się wyraźna poprawa i z przetoki wydziela się mniej treści.

Zapalenie pęcherza żółciowego czy bóle gośćcowe kręgosłupa? (Cholecystite non calculeuse ou rhumatisme vertebral?). M. R o c h.

La Presse Méd. Nr. 87, październik 1937.

Autor przypomina obowiązującą w medycynie zasadę, że dążąc do ustalenia rozpoznania choroby, nie należy pominąć żadnych metod badawczych, które mogłyby się przyczynić do wyjaśnienia rozpoznania. Na poparcie tej tezy autor przytacza opis przypadku chorej 33-letniej, która skarżyła się na napadowe bóle grzbietu, promieniujące do prawej okolicy lędźwiowej, bóle głowy i nudności. Na zdjęciu rentgenowskim kręgosłupa stwierdzono lekkie zniekształcenie dolnych kręgów lędźwiowych i na tej zasadzie rozpoznano u chorej gościec kręgosłupa i leczono ją wstrzykiwaniem alkoholu z antipiryną — bez poprawy. Przy powtórnym dokładniejszym badaniu chorej (wywiady i badanie przedmiotowe), okazało się, że cierpienie dotyczyło pęcherza żółciowego. Charakterystyczną cechą wywiadu, było stwierdzenie, że chora czuje się gorzej po zjedzeniu jajek, tłuszczów czy mleka. Zgłębnikowanie dwunastnicy wykazało obecność ciałek ropnych w żółci B. Chorą wyleczono całkowicie kilkakrotnym zgłębnikowaniem dwunastnicy i wstrzykiwaniem przez zgłębnik roztworu siarczanu magnezu. Autor podaje ten opis jako przykład, że rozpoznanie i wybór leczenia należy zawsze ustalić po wykonaniu szeregu badań pomocniczych i wyłączeniu obecności dawnych schorzeń, zwłaszcza dających tak różnorodny obraz kliniczny jak zapalenie pęcherza żółciowego.

Pooperacyjne zatory płucne. (Les embolies pulmonaires postoperatoires). B a r o d i n.

Mem. de l'Academie de Chir., czerwiec 1937.

Kliniczny obraz pooperacyjnego zatoru płuc jest różnorodny. Autor dzieli tego rodzaju przypadki na 4 grupy, według ich przebiegu klinicznego. Do pierwszej grupy zalicza przypadki, w których występuje nagła śmierć wśród objawów zapaści. Do drugiej grupy — przypadki, w których przeważają objawy zbliżone do objawów dusznicy bolesnej, a śmierć występuje w ciągu 4 — 5 minut. W trzeciej grupie — na plan pierwszy wysuwają się objawy duszności, rozwija się obrzęk płuc, śmierć następuje po ½ — 1 godzinie.

Wreszcie w ostatniej grupie przypadków śmierć następuje po kilku godzinach wśród objawów niedomogi krążenia.

W takich przypadkach na sekcji spotyka się rzadko zator samej tętnicy płucnej, najczęściej znajduje się zatory na rozdwojeniu jednej z tętnic płatowych; równie często mimo obecności wszelkich objawów klinicznych zatoru tętnicy płucnej na sekcji znajduje się zator w jednej z mniejszych gałązek tej tętnicy. Wobec tego autor stwierdza, że bezpośrednią przyczyną śmierci w takich przypadkach są zaburzenia układu roślinnego, powodujące zmiany naczynio-ruchowe.

Autor przeprowadził w ciągu 6 lat szereg doświadczeń na psach, wywołując u nich sztuczne zatory w tętnicach płucnych przez wstrzykiwania do naczyń parafiny lub sproszkowanego pumeksu. We wszystkich 50 przypadkach zatoru, wywołanego parafiną, a więc zatoru tętnicy większego kalibru, śmierć występowała nie wcześniej jak po upływie 1 godziny, niektóre psy żyły kilka godzin, dni, tygodni i miesięcy. Śmiercią gwałtowną ginęły natomiast psy, którym wstrzykiwano pumeks w proszku, wywołując w ten sposób zatory w drobnych naczyniach. Te wyniki potwierdziły więc tezę autora, że śmierć nagła w przypadkach zatoru płuc wywołana jest nie przez nagłe zatkanie dużego naczynia płucnego, a przez bodziec nerwowy, wychodzący ze ściany naczyniowej, który poraża ośrodki oddechowy i naczyniowy.

Autor usiłował wywołać doświadczalnie u psów objawy zatoru płuc, działając na układ nerwowy roślinny przez wstrzykiwanie dożylne yohimbiny i zakwaszenie (dożylnie słaby roztwór kwasu solnego). Wyniki te były zgodne z jego poprzednimi spostrzeżeniami, a jednocześnie dały podstawę do farmakologicznego leczenia zatoru płuc.

Autor proponuje leczenie następujące: w przypadkach gwałtownych podskórne, domięśniowe i dożylne wstrzykiwania atropiny 1 — 3 mgr, morfiny 5 — 20 centigramów i papaweryny. W przypadkach zapaści — sztuczny oddech (przez kwadrans i dłużej), dosercowo — adrenalinę. W przypadkach z obrzękiem płuc — obfity upust krwi, dożylnie — ouabainę, podskórnie atropinę, morfinę i kamforę. W przypadkach niedomogi krążenia — adrenalinę i atropinę dożylnie.

Obok leczenia zatorów płucnych już wytworzonych i ujawnionych, ma jeszcze większe znaczenie zapobieganie ich powstawaniu, a zwłaszcza powstawaniu zaworów płucnych o śmiertelnym przebiegu. W tym celu autor podaje chorym: efedrynę z atropiną i dwuwęglanem sodu. Efedrynę podaje się do wewnątrz lub podskórnie (w roztworze 5%); czasami występuje po niej przemijająco: niepokój, bicie serca i uderzenia krwi do głowy. Atropinę podaje się podskórnie (codziennie 0,5 — 2 mgr siarczanu atropiny). Dwuwęglan sodu — do wewnątrz codziennie naczczo 5 — 10 gramów.

J. Czyżewska.

CHOROBY OCZU.

Oftalmologia w 1937 roku. (Ophtalmologie en 1937). G. C o u s i n.
Paris médical Nr. 36, septembre 1937.

Przedni odcinek oka.

M e r i g o t de T r e i g u y (Société d'ophtalmologie de Paris, séance du 19 octobre 1936), na podstawie dwunastu obserwowanych przez siebie przypadków krwiaka rogówki (disque héma-

tique de la cornée) podaje swe spostrzeżenia, które wydały mu się najbardziej ważkimi.

We wszystkich przypadkach omawiane krwiaki rogówki były poprzedzone obfitym krwotokiem do przedniej komory, krwotokiem będącym powikłaniem operacyjnym prawie zawsze z powodu usunięcia soczewki.

Znikanie krwiaka było bardzo powolne i wymagało miesięcy, jednakże nie pozostawiało żadnych śladów. Wchłanianie zaczynało się od brzegów, krążek krwi rozpuszczał się jakby masło na ogniu. Przypadki zbadane w lampie szczelinowej nie wykazywały ani nacieczenia rogówki krwią, ani też najmniejszego uszkodzenia błony Descemeta.

Stwierdzono jedynie mniej lub więcej zaznaczony obrzęk rogówki.

W sprawie działania estru benzylo-cynamonowego na chorobowo zmienioną tkankę rogówki, Jakobson (Société d'ophatalmologie de Paris, séance du 19 octobre 1936) podaje następujące spostrzeżenia:

pod działaniem wymienionego środka wysięki i objawy zapalne zmniejszają się i wytwarza się odczyn naczyniowy. T. o. jest czasowy i odznacza się ponownym otwarciem zamkniętych naczyń, jak również wytworzeniem się nowych.

Wyżej wymieniony odczyn naczyniowy odróżnia się od przekrwienia chorobowego tym, że nie towarzyszy mu wysięk, ani też naciek.

W stanach chorobowych rogówki ester benzylocynamonowy jest zdolny zmniejszyć wysięk, przekrwienie, nacieczenie i zamienić tkankę zmartwiałą na bliznę. Sprzyja on także oczyszczaniu się blizny z domieszki elementów zapalnych, będących przyczyną zmętnienia i nadających rogówce kolor mętno - mleczny.

Tylny odcinek oka.

W sprawie pokrwotocznego zaniku nerwu wzrokowego, Terrien (Concours médical, 13 septembre 1936) przytacza przypadek 20-letniej chorej, u której po krwiomoczu pojawiło się upośledzenie wzroku, zaznaczające się coraz silniej po każdym następnym krwiomoczu. Po upływie jednego roku (od pierwszego krwiomoczu) po ustąpieniu 5-go z kolei obniżenie ostrości wzroku na oku prawym wynosiło $^1/_{10}$, na oku lewym $^1/_{20}$. Badanie dna oka wykazało zanik tarczy nerwu wzrokowego.

Przypadek powyższy nie jest odosobniony.

Upośledzenie wzroku pojawia się najczęściej pomiędzy 3 a 5 tygodniem.

Objaw ciał pływających, plamki ruchomej w polu widzenia według Gallois (Société d'ophtalmologie de Paris, 15 novembre 1936) dowodzi na ogół, czasami zaś jest bardzo wczesnym objawem, schorzenia ocznego lub uogólnionego. Polega na widzeniu podmiotowym kropek, jakby kurzu, kłaczków, plam ruchomych, mniej lub więcej silnie zaznaczonych.

W pewnych przypadkach podłożem powyższych objawów bywają pozostałe resztki tworów anatomicznych z życia płodowego (arteria hyaloiaea). Niektóre cząstki szklistki dają wrażenie ciał pływających.

Wylewy krwawe, o ile są minimalne nie dają tego objawu i mogą wchłonąć się bardzo szybko. Płatki oderwanej siatkówki pływające w szklistce są nieraz cenną wskazówką przedarcia siatkówki, niejednokrotnie tak trudnego do odnalezienia. Męty szklistki, rozpatrywane w płaszczyźnie anatomicznej dają zawsze wrażenie ciała pływającego — szklistka uległa zmianie w większym lub mniejszym stopniu.

Zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego oraz naczyniówki z jednej strony i krótkowzroczność z drugiej strony są poważnymi przyczynami omawianych objawów ze strony szklistki: wziernik oczny nie wykaże zasadniczej różnicy pomiędzy różnorodnymi ruchomymi zmętnieniami szklistki w obu powyżej przytoczonych przypadkach, biomikroskopia natomiast odkryje nam w przypadku krótkowzroczności znaczne zakłócenie całej budowy szklistki, zbliżonej raczej do szklistki starczej, niż do zmian stwierdzonych w szklistce przy zapaleniach jagodówki.

Często pływające zamglenia szklistki, spotykane przy zapaleniach jagodówki są rozpuszczalne, ponieważ powstały, przynajmniej częściowo, dzięki imigracji komórek. Są jednak przypadki, w których można stwierdzić przyczynę mechaniczną lub chemiczną, prowadzącą do rozpłynięcia szklistki i pojawienia się mętów.

Męty szklistki, t. zw. mouches volantes, uważane jako fizjologiczne, są niczym innym, jak zmętnieniami szklistki, które, zbyt powierzchownie lub niedostatecznie precyzyjnym instrumentem badane nie mogą być wykryte. Chodzi tu o zmętnienia zaledwie nie przezroczyste lub mało przezroczyste, częstokroć pozostałości z życia płodowego, lub zmiany starcze, jak również wywołane urazem.

Jeśli nie udaje się odnaleźć przyczyny wspomnianych zmian, to szukamy jej w przedniej komorze lub siatkówce.

Couadan (Société d'ophatalmologie, Julillet 1936) podejmuje zagadnienie obrzęku tarczy nerwu wzrokowego hypertoników.

Ponieważ zwykłe nadciśnienie śródczaszkowe hypertonika może w zupełności spowodować objawy obrzęku tarczy nerwu wzrokowego, należy w takich wypadkach przestudiować poszczególne elementy, które pozwoliłyby eliminować lub stwierdzić obecność guza.

Upośledzenie ostrości wzroku i pola widzenia jest raczej oznaką obrzęku tarczy (papillitis), jakkolwiek spotyka się liczne wyjątki.

Ciśnienie tętnicze siatkówki podnosi się przy istniejącym obrzęku tarczy i utrzymuje się bez przerwy. W tarczy zastoinowej (stasis papillae), natomiast jest wyższe na początku i obniża się z chwilą ustalenia zastoiny.

W ⅓ obserwowanych przypadków może jednak utrzymywać się przez cały czas trwania stasis papillae.

Nakłucie lędźwiowe daje w jednym i drugim przypadku liczby świadczące o nadciśnieniu, zresztą bez znaczenia dla rozpoznania różnicowego. Radiografia zawodna w obrzęku tarczy, w wypadkach guza może stać się cennym czynnikiem pomocniczym.

Ogólne badanie kliniczne jest częstokroć decydujące: obrzęk kończyn dolnych, wydatny białkomocz, oznaki zatrucia moczem powodują trudności rozpoznawcze; naodwrót nieznaczne podniesienie ciśnienia żylnego daje dostateczne objaśnienie nadciśnienia mózgowo - rdzeniowego

spowodowanego guzem. Badanie kliniczne łączy się z badaniem krwi i moczu.

Jeśli poszukiwania doprowadzą do wykrycia choroby nerek znajdziemy się najprawdopodobniej w obliczu obrzęku tarczy. Jednakże, jeżeli badania nasze dadzą rezultaty, zbliżone do prawidłowych, wątpliwości rozpoznawcze pozostaną i trzeba będzie poprzestać na obserwacji.

W wypadkach tarczy zastoinowej możemy stwierdzić poprawę objawów zarówno ocznych, jak objawów związanych z ciśnieniem krwi, lub też, stwierdzając objawy mocznicy, zmieniamy rozpoznanie „papillitis" na „retinitis".

W wypadku guza objawy mózgowe potęgują się i tarcza zastoinowa powiększa się.

Według Sedan i Jayle (Annales d'oculistique, fevrier 1937) przypadki znane pod wspólną nazwą skurczów tętnicy środkowej siatkówki należy rozgraniczyć na dwie odrębne grupy.

Pierwsza zawiera wszystkie bredowidzenia i przejściowe ślepoty wywołane skurczem naczyń, oraz stany zatoru tętnicy środkowej siatkówki (embolia arteriae centralis retinae).

Do drugiej autorzy zaliczają wszystkie niedowidzenia i ślepoty trwałe wywołane skurczem, za wyjątkiem stanów emboliae a. centr. retinae.

Według autorów nie można pomiędzy wyżej wymienionymi grupami przeprowadzić żadnego porównania, gdyż nie łączą je żadne formy przejściowe.

1° W pierwszej grupie przypadków autorzy uważają za konieczne przeciwstawić istotnym skurczom zjawiska podciśnienia.

Istotne skurcze są czynną niedrożnością rury tętniczej i mogą powstać pod wpływem najrozmaitszych przyczyn.

Zjawiska podciśnienia są spowodowane niedrożnością bierną rury tętniczej, spotykaną częściej u pacjentów z chorymi tętnicami.

Istnienie skurczu jest zjawiskiem wtórnym, spowodowanym zatruciem, stanem zapalnym, lub zmianą ciśnienia.

a) U osobnika z prawidłowym narządem krążenia.

Przyczyny rozmaite. „Migreny siatkówkowe", są wywołane samozatruciem na podłożu trawiennym, jak również zatruciem pochodzenia zewnętrznego, np. u palaczy tytoniu.

Przyczyna może być również miejscową np. wskutek sprawy chorobowej wychodzącej z nosa lub zębów, jakkolwiek w sprawie tej nie wypowiedziano ostatniego słowa.

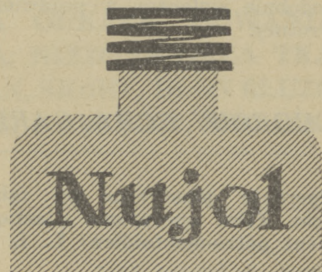
Nakoniec padaczka może być przyczyną, wywołującą zapalenie siatkówki.

Najczęstszym objawem skurczu tętnicy jest niedowidzenie, powtarzające się i ustępujące bez spowodowania powikłań. Wyjątkowo niedowidzenie przedłuża się, przyjmując przebieg zatoru tętnicy środkowej. W takich wypadkach spotykamy się z długotrwałą utratą wzroku połączoną często z odzyskaniem takiego, przynajmniej częściowo.

b) U osobnika z niedomogą krążenia. Skurcz może pojawić się wtórnie, spowodowany sprawą chorobową tętnic, nadciśnieniem lub podciśnieniem; 3) powyższe przyczyny mogą się łączyc. Na ogół skurcz ma prawie zawsze wartość objawu przelotnego, charakteryzującego jeden z okresów choroby. Skurcz przemija, choroba pozostaje. W pewnych okolicznościach zapalenia tętnicy z zaczopowaniem skurcz utrwala się, przyjmując najczęściej obraz emboliae a. centr.

W ogólnym podciśnieniu tętniczym oraz nadciśnieniu napadowym w chorobie Raynaud, skurcz tętnic siatkówki przyjmuje charakter właściwy dla poszczególnego schorzenia.

c) W przebiegu pewnych schorzeń ocznych. Jaskra, zakrzep żyły środkowej i krótkowzroczność mogą spowodować niedowidzenie przejścio-



we na tle skurczów, przynajmniej w odniesieniu do dwuch pierwszych schorzeń.

d) Przez odruchowe podrażnienie pochodzenia zębowego lub nosowego; jednakże etiologia powyższych schorzeń jest dotychczas w opracowaniu. Powyższe fakty wskazują, że skurcze nie posiadają jednolitej patogenezy. Jedne są spowodowane odruchem krótkim, inne ogólnym wstrząsem w odniesieniu do nerwu sympatycznego, jeszcze inne działaniem miejscowym substancji farmako - dynamicznych, wprowadzonych do układu krążenia, etc.

2. Należące do drugiej grupy przypadki papillitis i neuritis retrobulbaris o nieustalonej przyczynie, jak również pokrwotoczne zaniki nerwu wzrokowego — należy przypisać skurczom.

Należy wspomnieć o zanikach nerwu wzrokowego i po długotrwałych skurczach pochodzenia gardenalowego i zimnicznego. Skurcz ściany tętniczej odgrywa pewną rolę, zawsze jest jednak wtórny. Jest to jeden z mechanizmów chorobotwórczych, wyzwolonych przez schorzenie, sprowadzająee wiele innych objawów.

Wydaje się jednak, że wyżej wymieniony mechanizm odgrywa pewną rolę jedynie w pierwszym stadium choroby.

Osobne miejsce w powyższej grupie należy się skurczom „paciorkowym" tętnic, będącym miejscowym i słabym wykładnikiem schorzenia tętniczego, który nie może być porównany z żadną inną postacią skurczów.

Rola długotrwałych skurczów w pewnych schorzeniach ocznych, takich jak zwyrodnienie barwikowe siatkówki i wysiękowe zapalenia nie może być tu rozpatywana jako przekraczająca ramy streszczonej pracy.

Reasumując, należy stwierdzić, że z powyżej przytoczonych rozważań wyłania się myśl zasadnicza: skurcz bez względu na postać pod jaką występuje, jest czynnikiem drugorzędnym, jakkolwiek odgrywa rolę ważną i częstokroć prawdopodobnie wyłączną w pojawieniu się ślepoty nawrotnej.

Topolski.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Operacje plastyczne po zabiegu doszczętnym ucha (Des opérations plastiques après l'evidement pétro-mastoidien) L. L. Froumine.

Revue de laryng. 1937.

Autor omawia istotę zabiegu doszczętnego. Polega ona na stworzeniu z jamy sutkowej, jamy bębenkowej i przewodu zewnętrznego ucha wspólnej jamy, ziejącej ku przodowi i dołowi, a stwarzającej warunki wygodne dla odpływu wydzieliny wzgl. wydalania się mas perlakowych. W tym celu zaprojektowane i wykonywane są najróżniejsze metody „plastyki" skórnej części przewodu zewnętrznego ucha. Co do wskazań, to są one dwojakiego rodzaju. Jedne są życiowe w razie pojawienia się groźnych powikłań, lub dla ich uniknięcia na przyszłość. Tym wskazaniom czyni zawsze zadość zabieg prawidłowo wykonany. Drugie wskazanie to zlikwidowanie objawów przewłocznego ropienia w sposób zupełny. W tym ostatnim kierunku wyniki są niepewne. Obracają się one wedle różnych statystyk w ramach 21% do 68%. W pozostałych przypadkach ropienie trwa nadal. Autor próbuje zastanowić się nad przyczyną tej dużej ilości niepowodzeń i podać drogi zmniejszenia jej. Wyliczając szereg czynników odgrywających tu rolę (czynniki ustrojowe ogólne, wyczerpanie organizmu, gruźlica, pozostawienie sterczących resztek kostnych, nadmierna wielkość jamy pooperacyjnej, bujanie ziarniny, antagonizm biologiczny nabłonka entodermy, dzieli autor czynniki te na dwie grupy: 1) techniki operacji i 2) metod leczenia pooperacyjnego. Co do 1) poleca autor szereg modyfikacji: cięcie „etażowe" i oszczędzanie mięśnia skroniowego, możliwe oszczędzanie kości wedle zasady Lieck a: „możliwie radykalnie przy antrotomii, możliwie zachowawczo przy zabiegu doszczętnym; dokładne skrobanie okolicy nerwu twarzowego, maksymalne zdłutowanie górnej ściany attyku, nie ruszanie trypotympanum, ostrożność w skrobaniu jamy bębenkowej i trąbki, rezygnowanie ze specjalnych metod zamykania trąbki, nie upieranie się przy usuwaniu wszystkich resztek śluzówki ze względu na ślady perlaka mogące pozostać, skrupulatne formowanie płata plastycznego i zakładanie szwów dla umocowania płata. Co do 2) omawia autor wszelkie metody leczenia pooperacyjnego (w co niepodobna tu wchodzić) i podaje swoje propozycje. I) Gdy widzi się niekorzystny wpływ biologiczny tamponady wzgl. sączkowania gazą, wyrażający się w bujaniu ziarniny i brzydkim wyglądzie rany, należy z gazy rezygnować i zastępować ją rozpylaniem proszków obojętnych. II) Jeśli przypadek nie jest powikłany, należy zakładać na ranę szew pierwotny, zmierzający do zagojenia per primam, pasemko gazy zakładać całkiem płytko (1 od 1,5 cm, do dolnego bieguna rany i usunąć go po jednej dobie). III) Wychodząc z Wittmacrowskiego założenia antagonizmu, zachodzącego w obrębie jamy pooperacyjnej między walcowatym nabłonkiem trąbki a płaskim skóry, należy już od pierwszych dni po operacji dać skórze możliwie korzystne warunki epidermizacji rany, a mianowicie: możliwie wielką suchość i możliwie najkorzystniejszą tj. niską temperaturę (biorąc pod uwagę, że też same warunki są właśnie niekorzystne dla śluzówki trąbki i jej nabłonka walcowatego). Przy dużej wilgoci i wysokiej ciepłocie natomiast skóra ulega maceracji i upośledzeniu zdolności biologicznych. Autor dochodzi w ten sposób do wniosku, że ranie potrzebny jest duży przewiew powietrzny. Dla utrzymywania suchości proponuje alkohol, kwas borowy w proszku sam lub z tanniną (ac. tannicum), kwas borowy w 4%-owym roztworze alkoholowym, kwas borowy w połączeniu z jodoformem. W myśl tej zasady autor usuwa na drugi dzień po operacji gazę z rany, a po 3 dniach wszelki opatrunek, osłaniając ranę tylko nocą. Miedzy 5-tym a 9-tym dniem usuwa wszelkie szwy. Dalsze leczenie jest bardzo uproszczone i może być powierzone samemu pacjentowi.

Cały okres leczenia wynosi 3 do 5 tygodni. Wyniki są bardzo korzystne. Autor konkluduje: 1) podana metoda leczenia pooperacyjnego jest niebolesna; 2) czas pobytu w zakładzie ogranicza się do 9 — 10 dni, 3) okres leczenia jest skrócony wydatnie, 4) odsetek wyleczeń jest zwiększony, 5) wynik kosmetyczny jest dobry, 6) zużycie materiałów opatrunkowych jest oszczędne.

Badania kliniczne i doświadczalne nad ciałami obcymi dróg oddechowych (Recherches cliniques et expérimentales sur les corps étrangers des voies respiratoires) H. Lewenfisch.

j. w. Nr. 5.

W r. 1893, gdy Preobrażenski podał statystykę 848 ciał obcych dróg oddechowych, leczenie tego cierpienia ograniczało się do środków wykrztuśnych i do drażnienia mechanicznego śluzówki tchawicy po wykonaniu tracheotomii, w najlepszym razie do prób ekstrakcji na ślepo. Śmiertelność tego cierpienia wynosiła 30 do 55%. Metoda dolnej bronchoskopii Pieniążka była pierwszym postępem, dalszym — tracheo-bronchoskopia górna podana przez Kiliana (1897). W rozdziale o etiologii zajmuje się autor szczegółowo mechanizmem dostawania się ciał obcych do krtani, tchawicy i oskrzeli, następnie omawia anatomię, histologię, anatomię patologiczną dróg oddechowych, sprawę zalegających długo ciał obcych, rozedmę z powodu wentylowego działania ciała obcego, dalej procesy wtórne zapalne w płucach i zaburzenia sercowe, wreszcie symptomatologię kliniczną i sprawy związane z bronchoskopią. Autor układa pacjentki na wznak z głową zwieszoną; u dorosłych stosuje znieczulenie miejscowe u dzieci uśpienie ogólne, u dzieci wyżej 6 lat tylko zamroczenie krótkotrwałe chlorkiem etylu wyłącznie na czas wprowadzenia bronchoskopu. Autor podkreśla ważność dokładnego wywiadu i przygotowania do zabiegu jakoteż kontroli po wyjęciu ciała obcego, omawia leczenie zwężeń następowych bliznowatych. W niektórych wypadkach, dotyczących ciał obcych gładkich, okrągłych twardych i śliskich ekstrakcja natrafia na trudności, a ratuje sytuację, specjalnie przystosowana do tracheoskopu, aspiracja ciała obcego. Dalsze rozważania są poświęcone rozstrzygnięciu między bronchoskopią górną, a dolną. Dolna zastrzeżona jest głównie dla dzieci.

Głównym przeciwwskazaniem do górnej bronchoskopii u dzieci jest obrzęk następowy śluzówki, prowadzący nieraz do śmierci, dalszym — skłonność do spraw zapalnych śluzówki dzieci ze skazą wysiękową i limfatyczną. Niebezpieczeństwa zabiegu stanowią zamartwica i krwawienie. Niekiedy duszenie wystąpi, gdy podczas zabiegu ciało obce wydobyte z oskrzela płuca jednej strony, — upośledzonego w swej czynności z przyczyny zmian chorobowych, — wślizgnie się nagle do oskrzela płuca drugiego, zdrowego. Nastąpić to może niekoniecznie własnym ciężarem ciała obcego, lecz z powodu siły wdechowej.

Badania kliniczne jako też badania doświadczalne, przeprowadzone przez autora na psach, objaśnione licznymi rentgenogramami, prowadzą autora do następujących wniosków.

Większość ciał obcych, zwłaszcza aspirowanych po raz pierwszy, zostaje z powrotem wykrztuszona w najkrótszym czasie. Najczęściej utkwienie ciała obcego zaaspirowanego lub wprowadzonego zachodzi wówczas, gdy drogi oddechowe były uprzednio dotknięte — czynnym jeszcze to wygasłym procesem chorobowym.

Szybkie rozpoznanie i usunięcie ciała obcego zmniejsza wydatnie liczbę następowych schorzeń

płucnych i odsetek śmiertelności. Po długotrwałym pozostawaniu ciał obcych w drogach oddechowych powstają rozszerzenia oskrzeli, zapalenia i ropnie płuc.

Gdy drożność oskrzeli jest zachowana, zmiany zapalne ograniczają się do rozgałęzień oskrzeli. Po usunięciu ciała obcego zmiany wtórne szybko się cofają.

Niepowodzenie leczenia zachowawczego szeregu przewlekłych ropnych schorzeń płuc mają niekiedy — autor podaje: często — swą przyczynę w zapoznanych ciałach obcych dróg oddechowych. Rentgenoskopia wyjaśnia sytuację a bronchoskopia prowadzi do wyleczenia. Zapalenie płuc jest wykładnikiem zespołu czynników, a w patogenezie jego większą rolę odgrywa usposobienie miejscowe, niż czynnik drobnoustrojowy. Wprowadzenie ciała obcego zakażonego do zdrowych dróg oddechowych psa nie powoduje zapalenia płuc. To samo ciało obce wywołuje ciężkie zmiany zapalne, gdy zniesienie drożności światła upośledza prawidłową wentylację.

W sprawie zaburzeń błędnikowych w zespole po wstrząsie mózgu (A propos des troubles vestibulaires dans le syndrome post-commotionel) P o r t m a n n G. i D e s p o n s J.

j. w. N. 6.

Obok bólu głowy są zawroty objawem towarzyszącym zespołowi po wstrząsie urazowym mózgu. Objawy przedsionkowe nie są jednak zazwyczaj zespolone z zaburzeniami w zakresie ślimakowym.

Szczegółowo przebadali tę sprawę autorzy na 36 przypadkach urazu czaszki, nie poddanych trepanacji i nie okazujących objawów oponowo-mózgowych. U wielu z tych pacjentów zaznaczała się w wywiadzie przemijająca utrata przytomności, tylko u dwóch wystąpiło zapalenie ucha środkowego z wyciekiem ropnym, również u dwóch zachodziło pęknięcie kości skalistej z porażeniem nerwu 7-go. Badanie pacjentów było przeprowadzone na ogół w 3 do 6 miesięcy po wypadku, u czterech znacznie później (urazy z czasów wojny). U jednego uraz pochodził z lat dziecięcych. Wprawdzie 20 wykazywało zaburzenia słuchu aż do głuchoty o typie „laesio interna", lecz zaburzenia subjektywne (szum) wysuwały się na pierwszy plan przez swe natężenie i uporczywość i miały tendencję postępującą bez remisji. Bardziej jeszcze pierwszoplanowe były zawroty i te zazwyczaj sprowadzały pacjenta do lekarza. Brakowało ich w 6 przypadkach.

Autorzy opisują szczegółowo typ zawrotów i towarzyszącego im oczopląsu. W badaniach autorzy stawiają wyżej próby cieplne masowe (temp. 45° i 25°), niż próbę Kobzaka. Autorzy podają szczegółowo wyniki 36 badań błędnika. Wnioski wysnuwane przez autorów naogół odpowiadają poglądom wyrażonym przez Hicketa: 1) częstość zawrotów po urazie czaszki, 2) przewaga zaburzeń narządu równowagi nad ślimakowymi, 3) obniżona naogół pobudliwość cieplna i rotacyjna i 4) podwyższona pobudliwość w przypadkach świeżych i przy zajęciu układu nerwowego ośrodkowego. Niektóre różnice w wynikach np. co do pobudliwości, były zdaniem autorów tylko pozorne. Zaburzenia przedsionkowe po-urazowe można tylko rozważać w ramach całokształtu objawów wstrząsu mózgu, gdyż mają ten sam punkt zaczepienia i siedlisko wewnątrzczaszkowe, jak wstrząs. Zaburzeń tych nie można traktować na równi z zaburzeniami ślimakowymi, mającymi charakter obwodowy.

A. Schwarzbart.

FYTOTERAPIA.

Badania doświadczalne nad działaniem wyciągu z korzeni pięciornika kurzyśladu na macicę. (Potentilla Tormentilla L.).

Trav. de l'Inst. Pharm. de Leningrad t. II 1937.

Wśród ziół — specjalnie cenionych przez „medycynę ludową" — korzeń pięciornika zajmuje jedno z czołowych miejsc.

Jest on szeroko stosowany przy krwawieniach (zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych), przy nieżytach jelit i krwawych biegunkach, oraz przy krwotokach macicznych.

Z farmakologów, którzy naukowo badali wyciąg z suszonych korzeni pięciornika, dr L e w c z u k, podając go w formie odwaru (z 20 gramów korzeni na 300 cm. sz. wody) po 1 łyżce stołowej co 1 — 2 godziny, — na podstawie swych obserwacji, — twierdzi, że przy obfitych krwawieniach miesięcznych i poporodowych korzeń pięciornika działa lepiej od Extr. Hydrastis canadense fluidum.

Zazwyczaj korzeń pięciornika podaje się w jednej z następujących form magistralnych: w o d w a r z e (z 5 — 20 gramów korzeni suszonych na 100 cm. sz. wody) po 1 łyżce stołowej co 1 lub 2 godziny, jako e k s t r a k t g ę s t y (0,5 — 1 g pro dosi) lub jako p r o s z e k k o r z e n i a m i e l o n e g o (1 — 3 g pro dosi).

Badania chemiczne W e h m e r a, H a g e r a T h o m s a, G o r i s, V i s c h n i a c, S z t y k o w a, L e w c z u k a i innych ustaliły, że w korzeniu tym znajduje się duża ilość związków garbnikowych (15 do 31%), kwasy: chinowinowy, chinowy i tormentilowy, ester tormentol, olejek eteryczny tormentilowy oraz szereg innych bliżej nieokreślonych składników.

W Instytucie Farmakologii Doświadczalnej w Leningradzie poddano ostatnio drobiazgowemu zbadaniu wyciągi pięciornika, specjalnie obserwując jego działanie na skurcze izolowanej macicy.

Badań dokonano na 30 kocicach: z nich 16 było dziewiczych, 10 — ciężarnych i 4 — po porodzie.

Zwierzęta te były uprzednio narkotyzowane przez wprowadzenie dożylne 7% rozcz. wodanu chloralu w ilości 5 cm³ na 1 kilogram wagi. Wyciąg z pięciornika był wprowadzany do żołądka przez zgłębnik w ilości 3 do 4 cm. sz. na 1 kg wagi; zwierzęta były uprzednio głodzone przez 16 — 18 godzin. Skurcze macicy były wykreślane na kymografionie, połączonym bezpośrednio z macicą. Używano wyciągu pięciornika, przygotowanego na 70% alkoholu i rozcieńczanego wodą do mocy 50%.

Rezultat tych badań doświadczalnych nie potwierdził zdania wielu badaczy, że korzeń pięciornika wywiera działanie skurczowe na macicę: było ono w każdym razie znacznie słabsze od działania ergotoksyny.

(Korzeniak pięciornika kurzyśladu znajdował się dotychczas, jako Adstringens i Stypticum (zwłaszcza przy biegunkach), w lekospisach: nie-

mieckim („Blutwurz"), francuskim, szwajcarskim i portugalskim.

Ostatnio został wprowadzony i do nowego lekospisu polskiego (Ph. Pol. II str. 735 — 736) — Przyp. Refer.).

Farmakologia ostropestu plamistego: Silybum marianum Gaertner. (La pharmacologie du Chardon Marie). H. L e c l e r c.

La Presse Médicale Nr. 93 1937.

Jako roślina lecznicza, ostropest plamisty zjawia się po raz pierwszy w XV-tym wieku, opisany przez słynnego B o s c o w jego dziele „Luminare majus" pod nazwą Acanthus leuca — Sigillum Sanctae Mariae. Później był zalecany przez Waleriusza Cordusa w cierpieniach żołądka i skurczach, przy krwiopluciu, puchlinie wodnej i żółtaczce.

Jedyną częścią tej rośliny, która została dotychczas poddana dokładnemu zbadaniu chemicznemu były nasiona; B o r u t t a u otrzymał z nich tyraminę, obdarzoną jakoby własnością obniżania ciśnienia krwi. Badania kliniczne Lecerca nie potwierdziły tych twierdzeń, ustaliły one natomiast—w liściach i korzeniach ostropestu —goryczkę, silnie pobudzającą apetyt. Działając bezpośrednio na muskulaturę i gruczoły wydzielnicze przewodu pokarmowego, goryczka ta wywiera wpływ kojący na układ nerwowy roślinny i zapobiega brakowi łaknienia — tak częstemu u osób, cierpiących na niestrawność.

Ostropest został wypróbowany u wielu młodych osobników, którzy — w okresie przedegzaminacyjnym — tracili skutkiem zdenerwowania całkowicie apetyt, a tym samym i siły fizyczne. Podawany w formie mikstury, złożonej z

wyciągu miękkiego z ostropestu plamistego	6 g
wyciągu alkoholowego z kminku	2 g
syropu	q. s. ad. 100 cm³.

w ilości 1 łyżeczki kawowej — na ½ godziny przed każdym posiłkiem — ostropest szybko przywracał chorym apetyt i siły.

W przypadku ciężkiego osłabienia fizycznego skutkiem całkowitego braku łaknienia u młodej panienki na tle przeżyć psychicznych, L e c l e r c otrzymał doskonały wynik, podając chorej przed obiadem i kolacją po 50 — 60 kropli:

wyciągu alkohol. z ostropestu plamistego	30 g
wyciągu alkohol. z wrotycza pospolitego	10 g;

w ciągu jednego tygodnia nastąpiła znaczna poprawa zarówno stanu nerwowego chorej, jak i — specjalnie — jej apetytu.

Bardzo dobre wyniki zaobserwowano przy podawaniu ostropestu w wypadkach braku łaknienia z mdłościami w początkach ciąży; niekiedy — łącznie z wyciągiem ostropestu — podawano tu wyciąg z szałwii w stosunku 2 : 1.

Namiastki insuliny: rośliny obniżające poziom cukru w ustroju. (Le succédanés de l'insuline. 1. Les substances hypoglycémiants d'origine végétale). R a t h e r y et F r o m e n t.

Paris Médical Nr 49/1937.

Świat roślinny posiada bardzo dużą ilość związków, obniżających poziom cukru w ustroju (hypoglikemicznych), lecz niestety — związki te, choć bardzo ciekawe z punktu widzenia teoretycznego, nie przedstawiają poważniejszej wartości leczniczej.

Największe znaczenie posiadają: rutwica lekarska, kiełkujący jęczmień, czernica - borówka i drożdże piwne. Na r u t w i c ę l e k a r s k ą (Galega officinalis L.) zwrócił — po raz pierwszy — uwagę świata lekarskiego w roku 1914 T a n r e t, który wyodrębnił z niej alkaloid: g a l e g i n ę, pochodną guanidyny. T a n r e t i S i m o n n e t ustalili łącznie, że w małych dawkach (± 4 milligramy na 1 kilogram wagi) siarczan galeginy, wprowadzony dożylnie, obniżał poziom cukru w ustroju psów o 20%; to samo zjawisko zaobserwowano u psów, pozbawionych trzustki.

U diabetyków, R a t h e r y i L e v i n a otrzymali dość ciekawe wyniki, podając im siarczan galeginy w dawkach dziennych od 2 do 4 milligramów.

Oddziaływanie wyciągu ze świeżych liści czernicy - borówki wykryli w roku 1925 M a r k i W a g n e r, stwierdzając, że działa on słabo na zwierzęta głodzone, lecz bardzo wyraźnie przy nadmiarze w ustroju cukru, zależnym od pożywienia. Badania te były wznowione przez A l l e n a w roku 1927 i S h p i n g e r a w roku 1928; ten ostatni stwierdził doświadczalnie, że myrtillina — substancja czynna borówki - czernicy — obniża ilość cukru we krwi i w moczu u psów, pozbawionych całkowicie trzustki, a hamuje zjawianie się glukozy u psów, którym usunięto większą jej część.

W cukrzycy ludzkiej, A l l e n radzi podawać doustnie — na godzinę przed każdym z trzech posiłków — po 0.3 grama myrtilliny w tabletkach.

R a t h e r y i L e v i n a, podając chorym po 1 gramie myrtilliny przez dni parę pod rząd, otrzymywali u n i e k t ó r y c h chorych przy cukrzycy znaczne zmniejszenie cukru w moczu, nie zawsze postępujące równolegle z obniżeniem poziomu cukru we krwi.

Nie wyszły jeszcze poza pracownie badania nad działaniem kiełkującego jęczmienia na nadmiar cukru we krwi. Stwierdzali to M a i s i n, P o m b a i t i V a s s i l i a d i s (u psów i u ludzi), oraz L a u r i n — u królików, po wstrzykiwaniach podskórnych. D o n a r d i L a b b é wykryli w słodzie jęczmiennym ciało, zbliżone do insuliny; pod działaniem jego gwałtownie obniżał się poziom cukru (do 60%) i występowały komplikacje, podobne do obserwowanych przy podawaniu insuliny.

Na działanie hypoglikemiczne drożdży piwnych wskazywało już wielu autorów. Podawano drożdże bądź żywe i świeże, bądź utrwalone w tabletkach, bądź suche w pigułkach. Wszystkie te preparaty miały 2 podstawowe braki: przykry smak i zupełnie niepewne działanie; szybko więc zamieniono je na ekstrakty z drożdży, które podawano w dawkach dziennych 2 i pół gramowych (10 opłatków po 0,25 g wyciągu). Stosując ten ekstrakt, R o s s e l (1937), otrzymał u chorych na cukrzycę, po 4 — 6 dniach, obniżenie ilości cukru, dochodzące do 10%. Stan taki trwał tak długo, jak długo podawano chorym wyciąg drożdżowy.

Przypomnieć jednak trzeba, że wyciąg z drożdży jest źródłem — najbardziej czynnego — życianu (witaminy) B, a — niewątpliwie — na metabolizm cukru, w p ł y w a j ą d o d a t n i o ż y c i a n y.

Oprócz roślin wspomnianych, wypróbowano przy cukrzycy cały szereg innych, jak liście orzecha włoskiego, morwy i eukaliptusów, galasy dębowe itp. Działanie ich lecznicze pozostaje jeszcze pod znakiem zapytania, w każdym jednak razie nie jest szkodliwe. Natomiast, przestrzec trzeba przed używaniem w tym celu santoniny, która przy dłuższym użytkowaniu daje wręcz ujemne skutki uboczne, chociaż — niewątpliwie — obniża ilość cukru.

Sposób działania na żywy ustrój wszystkich tych środków nie jest dotychczas jeszcze dostatecznie wyjaśniony. Hypotez jest dużo, lecz żadna z nich nie jest dostatecznie zadawalniająca; jedna zresztą nie wyłącza innych.

C o l l i p, wkrótce po ogłoszeniu odkrycia B a n t i n g a i B e s s a, stwierdził, że w wielu roślinach znajdują się ciała, podobne do insuliny; nazwał on je g l u k o k i n i n a m i wzgl. i n s u l i n o i d a m i, widząc w nich hormony roślinne, analogiczne do hormonu zwierzęcego insuliny.

Zastrzec jednak należy, że ta hypoteza — bardzo przekonywująca — nie jest dotychczas należycie ugruntowana.

Próbowano również wytłomaczyć działanie roślin, obniżających ilość cukru w żywym ustroju, zawartością w nich guanidyny lub jej pochodnych. Przypuszczenie to jest oparte na tym, że galegina — jedyny związek roślinny dobrze zbadany fizjologicznie i chemicznie — jest bezwzględnie związkiem guanidynowym.

Najlepiej dotychczas został ustalony — doświadczalnie — wpływ życianu B na metabolizm cukru w ustroju. Stwierdzono, że życian ten, podany łącznie z insuliną pozwala znacznie zmniejszyć potrzebną dla leczenia jej ilość. W świetle ostatnich badań nad tą kwestią są dane, że życian B stanie się koniecznym czynnikiem w leczeniu cukromoczu (M i l l s, M e l c e r, L a b b é & G r i n g o i r e).

Ustalono już dokładnie, że — ściśle mówiąc — tylko życian, (witamina) B_2 jest czynnikiem wyraźnie hypoglikemicznym. Prawdopodobnie, o działaniu leczniczym przy cukrzycy tych, czy innych roślin, stanowi więc jedynie — większa lub mniejsza zawartość w nich życianu B.

Wład. Biernacki

KOMUNIKATY

W kwietniu 1938 r. odbędzie się w Poznaniu *VI Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego i Traumatologicznego*, na którym będą wygłoszone referaty na tematy programowe i tematy dowolne.

Tematy programowe:

I. Poliomyelitis i następstwa.

Referenci: Prof. M. Michałowicz (Warszawa), Prof. S. Pieńkowski (Kraków), Prof. F. Raszeja (Poznań), Prof. A. Wojciechowski (Warszawa), dr J. Wolszczan (Poznań).

II. Złamania śródstawowe.

Referenci: Doc. A. Gruca (Lwów), Dr A. Janik (Łódź).

Zgłoszenia referatów na tematy jak programowe, tak i na tematy dowolne należy kierować do dnia *15 stycznia 1938 r.* pod adresem sekretarza P. T. O. i T. *Dra Henryka Levittoux, Warszawa ul. Polna Nr. 78.*

POLSKIE TOWARZYSTWO EUGENICZNE

w dniach 6 — 9 stycznia 1938 r.

urządza kurs dla lekarzy

z zakresu eugeniki i poradnictwa przedślubnego.

Program kursu:

Czwartek, dnia 6 stycznia 1938 r.:

godz. 10 — 11 Dr med. Leon Wernic — Rozwój historyczny eugeniki do czasów ostatnich zagranicą i w Polsce.

godz. 11 — 12 Dr med. Leon Wernic — Podział eugeniki, znaczenie eugeniki pozytywnej, jej postulaty.

godz. 12 — 13 Dr med. Bonawentura Kamiński — Galton i badania rodowodowe w medycynie.

godz. 13 — 15 Prof. Maria Skalińska — Materialne podstawy dziedziczności (Genetyka — Mendel — Morgan — mutacje).

godz. 17 — 18 Doc. Zygmunt Kraczkiewicz — O dziedziczeniu płci.

godz. 18 — 19 Dr med. Marcin Kacprzak — Biometryka.

Piątek, dnia 7 stycznia 38 r.:

godz. 10 — 12 Prof. Eugenia Stołyhwo — Typy antropologiczne.

godz. 12 — 13 Doc. dr med. Henryk Gnoiński — O konstytucjach fizycznych człowieka.

godz. 13 — 14 Dr med. Karol Mikulski — Zagadnienie bliźniąt a eugenika.

godz. 14 — 15 Dr med. Jan Nowakowski — Poradnictwo przedślubne.

godz. 17 — 18 Sędzia Kazimierz Fleszyński — Prawodawstwo eugeniczne.

godz. 18 — 19 Mgr Mieczysław Lucjus — Nowe prawodawstwo kanoniczne a eugenika.

Sobota, dnia 8 stycznia 38 r.:

godz. 9 — 10 Dr med. Henryk Szczodrowski — Choroby weneryczne a poradnictwo przedślubne.

godz. 10 — 11 Dyr. dr med. Czesław Wroczyński — Lekarz szkolny a eugenika.

Sobota, dnia 8 stycznia 38 r.:

godz. 11 — 12 Dr med. Leon Wernic — Zadania instruktorów eugenicznych.

godz. 12 — 13 Dr med. Tadeusz Welfle — Życie płciowe młodzieży polskiej.

godz. 13 — 14 Dr med. Henryk Szpidbaum — Zaburzenia hormonalne.

godz. 14 — 15 Dr med. Jerzy Babecki — Ruch Maltuzjański i Neomaltuzjański.

godz. 15 — 16 Dr med. Stefan Rudzki — Gruźlica a dziedziczność.

godz. 17 — 18 Prokurator Stanisław Czerwiński — Dziedziczenie a chroniczne przestępstwo.

godz. 18 — 19 Dr med. Jerzy Szpakowski — Dziedziczenie chorób psychicznych.

Niedziela, dnia 9 stycznia 38 r.:

godz. 10 — 11 Prof. Ludwik Hirszfeld — O typach krwi i ich dziedziczeniu.

godz. 11 — 12 Dr med. Leon Wernic — O dziedziczeniu chorób skóry.

godz. 12 — 13 Doc. dr med. Gustaw Bychowski — Zboczenia płciowe a dziedziczność.

godz. 13 — 14 Prof. dr med. Władysław Melanowski — O dziedziczeniu wad wzroku.

godz. 14 — 15 Dr med. Jan Posmykiewicz — O dziedziczeniu wad słuchu i węchu.

godz. 17 — 18 Dr med. Ksawery Sieńko — Wpływ chorób wenerycznych na potomstwo.

godz. 18 — 19 Dr med. Leonard Kowalski — Zagadnienia społeczne i administracyjne a eugenika (populacja, emigracja, ruch kobiecy).

Zapisy przyjmuje Towarzystwo Eugeniczne, Warszawa, Nowy Świat 1, tel. 95-999, od godz. 10 — 14.

*

KURS DOKSZTAŁCAJĄCY DLA LEKARZY.

Instytut Radowy im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, przy współudziale Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu im. Józefa Piłsudskiego, urządza dla lekarzy kurs dokształcający z dziedziny nowotworów złośliwych. Kurs, organizowany z zapomogą z Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego, trwać będzie około 2 tygodni. Ma on się odbyć w drugiej połowie stycznia 1938 roku i będzie obejmował wykłady oraz zajęcia praktyczne.

Wkrótce podane będą w prasie lekarskiej bliższe szczegóły, dotyczące czasu trwania i programu kursu.

*

W Warszawie ukonstytuowało się Koło Warszawskiego Stowarzyszenia Lekarzy Sportowych. Do Zarządu Koła zostali powołani dr Levittoux, doc. El. Reicher, dr. Konopnicki, dr. Luksemburg.

Posiedzenia Koła, odbywające się raz na miesiąc mają na celu omawianie zagadnień związanych z praktyką lekarską życia sportowego i wychowania fizycznego.

ZARZĄD GŁÓWNY STOWARZYSZENIA LEKARZY SPORTOWYCH

zawiadamia, że ukonstytuował się następująco: Prezes — Płk. Doc. Dr. Gustaw Szulc; Wice-prezesi — Ppłk. Doc. Dr. Dybowski Władysław i Dr. Majewski Wacław (Lwów); Sekretarz — Kpt. Dr. Rettinger Roman; Skarbnik — Dr. Majkowski Juliusz; Referat Propagandy — Dr. Luksemburg Stanisław; Członkowie Zarządu — Mjr. Dr. Kochanowski Jerzy, Dr. Budkiewicz Helena, Dr. Bemski Edward.

Siedzibą Zarządu Głównego jest Warszawa (Państwowa Szkoła Higieny — ul. Chocimska 24), dokąd należy kierować wszelką korespondencję.

Celem Stowarzyszenia Lekarzy Sportowych jest doskonalenie i zwiększanie kadr lekarzy sportowych, zrzeszanie lekarzy pracujących na terenie wychowania fizycznego, dążenie do zapewnienia wpływu S. L. S. na kwestię badań sportowo-lekarskich w Polsce oraz obsadzania stanowisk lekarzy w klubach i organizacjach sportowych.

Zarząd Z. L. S. uformował Koło Warszawskie, w najbliższym czasie zostanie powołany do życia Koło Lwowskie, Krakowskie i inne koła prowincjonalne.

✵

SKÓRA I WĄTROBA.

„Odczyn skóry jest rzeczywistym obrazem życia, jest odbiciem na skórze budowy oraz chwilowych dyspozycji danego osobnika". Zadanie to wypowiedziane przez Brocqa streszcza w kilku słowach współczesne ujęcie dermatoz; uważane są one nie za schorzenia miejscowe, wyłącznie morfologiczne, lecz za oddźwięk jakiegoś składnika chorobowego, związanego z chemizmem czysto komórkowym narządów głębokich, czy też narządów o wydzielaniu wewnętrznym, wątroby lub przewodu pokarmowego.

Bardzo liczne czynniki umożliwiają stworzenie podatnego gruntu dla powstania objawów skórnych. W złożonym oddziaływaniu wzajemnym przemiany tkankowej i jej odczynów współdziałają wszystkie układy, które normalnie utrzymują jego równowagę. Zarówno układ nerwowy, gruczoły o wewnętrznym wydzielaniu, jako też równowaga kwaśno-zasadowa krwi, zaczyny trawienne, przebyte choroby zakaźne oraz dawniejsze uszkodzenia grają tu poważną rolę. Najważniejsze jednak znaczenie przypada w tej dziedzinie w ą t r o b i e. Rzeczywiście niewydolność każdej poszczególnej czynności wątroby odbić się może na składnikach chemicznych skóry.

Według Ludwiga czynność glikogeniczna, tak ważna, stwierdza się również w skórze, gdzie część glukozy zużytkowana jest natychmiast w powłoce, inna zaś-przerobiona na miejscu na glikogen. Jedynie niewielka część glukozy wykorzystana zostaje przez komórkę do wytworzenia kompleksów lipoproteinowych.

Można przytoczyć ponad to w tej mierze przemianę podstawową siarki związanej i utlenianej w wątrobie i użytkowanej w powłoce oraz podczas czynności proteino i lipoidotwórczej. Przestrzeń pokryta skórą stanowi układ gruczołowy bardzo rozległy, którego odpowiednikiem, a nawet bardzo czułym wskaźnikiem jest wątroba.

Rozważania te otwierają bardzo ciekawą dziedzinę badań, która obszernie rozwinięta została w podstawowym referacie Prof. Dr. Urbacha z Wiednia. Referat ten był wygłoszony na Międzynarodowym Kongresie Lekarskim w Vichy poświęconym niedomodze czynnościowej wątroby, który odbył się w dniach od 16 do 18 września w Vichy pod przewodnictwem Prof. Dr. Loepera z Academie de Médecine.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*

Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".

Adres redakcji i administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.

Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

			1/1 str.	1/2 str.	1/4 str.
Ogłoszenia:	zewnętrzna strona okładki	zł.	450.—	250.—	135.—
	bezpośrednio przed tekstem	„	350.—	200.—	120.—
	2-ga i 3-cia strona okładki	„	350.—	200.—	120.—
	pozostałe	„	300.—	170.—	95.—

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.